



HAL
open science

L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité

Pierre Chauvin, Cécile Vuillermoz, Nathalie Simonnot, Frank Vanbiervliet, Marie Vicart, Anne-Laure Macherey, Valérie Brunel

► **To cite this version:**

Pierre Chauvin, Cécile Vuillermoz, Nathalie Simonnot, Frank Vanbiervliet, Marie Vicart, et al.. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité. 2015. hal-01316094

HAL Id: hal-01316094

<https://hal.science/hal-01316094v1>

Submitted on 22 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**L'ACCÈS
AUX SOINS DES
PERSONNES
CONFRONTÉES
À DE MULTIPLES
FACTEURS DE
VULNÉRABILITÉ**

OBSTACLES À L'ACCÈS
AUX SOINS DES ENFANTS
ET DES FEMMES ENCEINTES
EN EUROPE

Doroftei, 10 ans, n'est pas vacciné :
« Je ne peux toujours pas aller à l'école »
Saint-Denis - France

MAI 2015

SYNTHÈSE

L'Europe est le berceau des droits humains. En effet, la liste des textes internationaux et des engagements des États qui garantissent aux personnes des droits essentiels et universels est impressionnante. Concernant la santé, les institutions de l'Union européenne (UE) ont récemment réaffirmé leur adhésion aux valeurs d'universalité, d'accès à des soins de qualité, d'équité et de solidarité. Pourtant, ce rapport montre comment, dans la pratique, ces mots demeurent encore trop souvent des promesses.

Les équipes de Médecins du monde (MdM) se distinguent par un travail aux niveaux international et national. À l'étranger, MdM est présent dans de nombreux endroits du monde d'où les personnes tentent de s'enfuir pour survivre. Au niveau national, les équipes fournissent des soins et un soutien social de première ligne gratuits à tous ceux qui rencontrent des obstacles dans le système de santé de droit commun. Ce rapport s'appuie sur les données collectées en 2014 lors des consultations médicales et sociales individuelles réalisées auprès de 23 040 personnes dans 25 programmes/villes en Allemagne, Belgique, Espagne, France, Grèce, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse et Turquie. Il dépeint un tableau bien sombre du « berceau des droits humains ».

L'extrême dangerosité des routes migratoires, en raison du renforcement des contrôles aux frontières, les conditions indignes de détention et l'angoisse permanente d'être expulsé attendent la plupart des migrants souhaitant rejoindre l'Europe dans l'espoir d'y trouver un refuge. Ils courent comme les citoyens démunis de l'Union européenne le risque d'être exploités, mais ils sont en outre confrontés à la xénophobie. Alors que les besoins de santé non satisfaits ont augmenté globalement dans la plupart des pays en raison de la crise économique et des mesures d'austérité, les personnes les plus démunies (parmi lesquelles un nombre croissant de ressortissants nationaux) ont été les plus durement touchées. Au total, 6,4 % des patients vus en Europe étaient des ressortissants nationaux (jusqu'à 30,7 % en Grèce et 16,5 % en Allemagne), 15,6 % étaient des migrants citoyens de l'UE (jusqu'à 53,3 % en Allemagne) et 78 % de l'ensemble des patients rencontrés étaient des citoyens extra-européens/ressortissants d'un pays tiers⁰¹.

Au total, 62,9 % des personnes vues par MdM en Europe en 2014 ne bénéficient pas de couverture maladie. Le droit à la santé des enfants est l'un des droits humains les plus fondamentaux, universels et essentiels. Pourtant, moins de la moitié des enfants vus dans les consultations de MdM sont vaccinés contre le tétanos (42,5 %) ou la rougeole, les oreillons et la rubéole (34,5 %) – alors que ces vaccinations sont connues dans le monde entier pour être les plus importantes et qu'en Europe le taux de vaccination contre la rougeole à l'âge de 2 ans atteint 90 % en population générale.

Plus de la moitié des femmes enceintes n'ont pas bénéficié de consultation prénatale avant leur venue à MdM (54,2 %). Parmi elles,

la plupart reçoivent des soins trop tardivement – c'est-à-dire après la 12^e semaine de grossesse (58,2 %). Une grande majorité de femmes enceintes n'ont pas de couverture santé (81,1 %), vivent sous le seuil de pauvreté, et 30,3 % disent recevoir peu de soutien moral ou n'ont personne sur qui compter.

Les barrières aux soins citées, ainsi que l'analyse du cadre légal des pays étudiés, confirment que des lois restrictives et des processus administratifs d'accès aux soins complexes contribuent réellement à aggraver l'état de santé des personnes. Comme dans les enquêtes précédentes, les barrières à l'accès aux soins les plus fréquemment citées sont l'impossibilité financière de payer, les problèmes administratifs, le manque de connaissance ou de compréhension du système de santé et des droits relatifs à la santé, et la barrière de la langue. Il n'est ainsi guère surprenant qu'un patient sur cinq déclare avoir renoncé aux soins au cours des douze derniers mois.

Les données recueillies déconstruisent clairement le mythe de la migration pour raison médicale, si souvent utilisé par les gouvernements pour limiter l'accès aux soins. Les migrants rencontrés en 2014 vivent en moyenne depuis 6,5 ans dans le pays lorsqu'ils consultent à MdM pour la première fois. Seuls 3 % citent la santé comme l'une des raisons de leur migration. Parmi les migrants souffrant de maladies chroniques, seuls 9,5 % savent qu'ils sont malades avant leur arrivée en Europe.

Les politiques européennes et nationales en matière d'immigration insistent fortement sur l'immigration comme « problème de sécurité », oubliant ainsi leur devoir de protection.

Une majorité écrasante de patients (84,4 %) interrogés sur leur expérience de la violence déclarent avoir subi des violences au moins une fois, que ce soit dans le pays d'origine, au cours de la migration ou dans le pays d'accueil. Ils ont besoin de soins supplémentaires et d'un environnement sécurisant, et non, comme c'est trop souvent le cas, de vivre dans des camps ou des taudis, dans la peur d'une expulsion.

Les États membres et les institutions de l'UE doivent garantir des systèmes universels de santé publique, fondés sur la solidarité, l'égalité et l'équité (et non sur une logique de profit), ouverts à toute personne vivant en Europe. MdM appelle les États membres et les institutions de l'UE à garantir immédiatement l'accès sans réserve aux programmes de vaccination nationaux et aux soins pédiatriques pour tous les enfants résidant en Europe. De la même façon, toutes les femmes enceintes devraient avoir accès à l'interruption de grossesse, aux soins prénataux et postnataux et à un accouchement sans risque.

En tant que professionnels de santé, nous continuerons à procurer des soins médicaux appropriés à toutes les personnes quel que soit leur statut administratif ou social et quelles que soient les barrières légales en vigueur. MdM refuse les législations entravant l'éthique médicale et appelle tous les professionnels de santé à fournir des soins à tous les patients.

⁰¹ Les ressortissants d'un pays tiers désignent toutes les personnes non citoyennes de l'un des 28 pays membres de l'Union européenne.

2014 EN CHIFFRES

23 040 patients rencontrés lors de consultations médicales et sociales individuelles dans **25** villes d'Allemagne, de Belgique, d'Espagne, de France, de Grèce, des Pays-Bas, du Royaume-Uni, de Turquie, de Suède et de Suisse, dont **22 171** patients vus dans les 9 pays européens.

- **8 656** femmes
- **42 534** consultations sociales et médicales, dont 41 238 dans les 9 pays européens
- **23 240** diagnostics dans les 9 pays européens

PARMI LES 310 FEMMES ENCEINTES VUES EN EUROPE :

- **54,2 %** n'ont pas accès aux soins prénataux
- **58,2 %** ont reçu des soins trop tardivement – après la 12^e semaine de grossesse (parmi les femmes enceintes n'ayant pas eu accès aux soins prénataux avant leur première visite à MdM)
- **81,1 %** n'ont aucune couverture maladie
- **89,2 %** vivent sous le seuil de pauvreté
- **52,4 %** n'ont pas d'autorisation de séjour
- **55,3 %** vivent dans des logements provisoires et **8,1 %** sont sans domicile
- **30,3 %** déclarent recevoir peu de soutien moral
- **47,5 %** vivent séparées d'un ou plusieurs de leurs enfants mineurs
- À Istanbul, **98 %** des femmes enceintes reçues n'ont pas de couverture santé

PARMI LES 623 ENFANTS VUS EN EUROPE :

- Seuls **42,5 %** sont vaccinés contre le tétanos (69,7 % en Grèce)
- Seuls **34,5 %** sont vaccinés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) (57,6 % en Grèce)
- **38,8 %** des patients ne savent pas où aller pour faire vacciner leurs enfants

PARMI L'ENSEMBLE DES PERSONNES RENCONTRÉES DANS LES NEUF PAYS EUROPÉENS :

- **43 %** sont des femmes
- L'âge médian est de **35,8** ans
- **93,6 %** sont des étrangers :
 - 15,6 % sont des migrants citoyens de l'UE et 78 % des ressortissants extra-européens
 - 6,4 % des patients sont des ressortissants nationaux (jusqu'à 30,7 % en Grèce et 16,5 % en Allemagne)
- Les étrangers vivent dans le pays en moyenne depuis **6,5** ans avant de consulter MdM
- **91,3 %** vivent sous le seuil de pauvreté
- **64,7 %** des patients vivent dans des logements non stables ou temporaires et **9,7 %** sont sans domicile
- **29,5 %** déclarent vivre dans des logements dangereux pour leur santé ou pour celle de leurs enfants

- **18,4 %** n'ont aucune personne sur qui ils peuvent compter et sont ainsi complètement isolés
- **50,2 %** ont émigré pour des raisons économiques, **28,2 %** pour des raisons politiques et **22,4 %** pour des raisons familiales ; seuls **3 %** ont émigré pour des raisons de santé
- **34 %** ont une autorisation de séjour en Europe
- **43,4 %** sont ou ont été concernés par une demande d'asile

84,4 % DES PATIENTS INTERROGÉS SUR LE SUJET DÉCLARENT AVOIR VÉCU AU MOINS UNE FOIS UNE EXPÉRIENCE DE VIOLENCE

- **52,1 %** vivaient dans un pays en guerre
- **39,1 %** ont subi des violences de la part de la police ou des forces armées
- **37,6 %** des femmes déclarent avoir été victimes d'agressions sexuelles et **24,1 %** ont été violées
- **10 %** déclarent avoir été victimes de violences dans le pays d'accueil

L'ÉTAT DE SANTÉ

- **22,9 %** considèrent que leur santé physique est mauvaise ou très mauvaise, et jusqu'à **27,1 %** pour leur santé mentale
- Parmi les patients souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques, **70,2 %** n'avaient pas reçu de soins médicaux avant leur première visite à MdM
- Seuls **9,5 %** des migrants souffrant de maladies chroniques le savaient avant leur arrivée en Europe
- **57,9 %** ont au moins un problème de santé nécessitant un traitement n'ayant jamais été traité avant leur consultation à MdM

LES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX SOINS

- **62,9 %** des personnes vues en Europe n'ont aucune couverture de santé
- Les obstacles à l'accès aux soins le plus souvent cités sont : les difficultés pour payer les soins (27,9 %), les problèmes administratifs (21,9 %) et le manque de connaissance et de compréhension du système de santé et de leurs droits (14,1 %)
- **42,2 %** ont besoin d'un interprète
- Au cours des 12 mois précédents
 - 20,4 % ont renoncé à des soins ou des traitements
 - 15,2 % se sont vu refuser des soins au moins une fois
 - 4,5 % ont été victimes de racisme dans une structure de santé
- **52 %** des patients sans autorisation de séjour disent limiter leurs déplacements de peur d'être arrêtés.

TABLE DES MATIÈRES

2. SYNTHÈSE

5. INTRODUCTION À L'ENQUÊTE DE 2014

12. MÉTHODES

13. FOCUS SUR LA SITUATION DES FEMMES ENCEINTES

18. FOCUS SUR LA VACCINATION DES ENFANTS

22. LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

22. SEXE ET ÂGE

22. NATIONALITÉS ET ZONES GÉOGRAPHIQUES D'ORIGINE

25. DURÉE DE SÉJOUR DES ÉTRANGERS DANS LE PAYS D'ENQUÊTE

25. RAISONS DE MIGRATION

28. SITUATION ADMINISTRATIVE

30. LES CONDITIONS DE VIE

30. CONDITIONS DE LOGEMENT

31. ACTIVITÉS ET REVENUS

31. ISOLEMENT SOCIAL

32. ACCÈS AUX SOINS

32. LA COUVERTURE DES DÉPENSES DE SANTÉ

34. LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS

35. LE RENONCEMENT AUX SOINS

35. LES REFUS DE SOINS

36. LE RACISME DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ

36. LA PEUR D'ÊTRE ARRÊTÉ

37. LES VIOLENCES SUBIES

40. L'ÉTAT DE SANTÉ

40. L'ÉTAT DE SANTÉ RESENTI

40. LES MALADIES CHRONIQUES

41. LES SOINS URGENTS ET LES TRAITEMENTS ESSENTIELS

41. DES PATIENTS PEU SUIVIS AVANT D'ARRIVER À MDM

41. DES PROBLÈMES DE SANTÉ LARGEMENT MÉCONNUS AVANT L'ARRIVÉE EN EUROPE

42. LES PROBLÈMES DE SANTÉ PAR SYSTÈME

44. CONCLUSION

47. SIGLES ET ACRONYMES

INTRODUCTION À L'ENQUÊTE DE 2014

LE CONTEXTE EN 2014

LES EFFETS D'UNE CRISE ÉCONOMIQUE QUI DURE

Les dépenses de santé ont chuté dans la moitié des pays de l'Union européenne entre 2009 et 2012, et ont été considérablement contenues dans le reste de l'Europe⁰². La part publique des dépenses de santé a globalement décliné entre 2007 et 2012⁰³. Pourtant, les besoins non satisfaits d'examen ou de traitement médical en population générale progressent dans la plupart des pays européens et ont presque doublé depuis le début de la crise en Grèce et en Espagne⁰⁴.

La crise a conduit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à (ré)affirmer que « les systèmes de santé nécessitent généralement plus, et pas moins, de ressources dans une économie en crise⁰⁵ ». Mesurer l'impact que la crise économique a eu sur les systèmes de santé demeure difficile, en raison du décalage entre les effets de la crise ou ceux des politiques mises en œuvre pour contrer ces effets négatifs et les données internationales existantes. Cela est aussi difficile car les effets négatifs sur les groupes de population déjà exposés à des facteurs de vulnérabilité peuvent ne pas être repérés dans les systèmes d'information de santé publique ou dans les enquêtes.

Au cours des dernières décennies, certains États membres ont introduit ou augmenté les frais à la charge des patients avec l'objectif de rendre ceux-ci « plus responsables » – réduisant ainsi la demande de soins et les dépenses directes de santé publique. Il a été cependant prouvé que les co-paiements étaient complexes sur le plan administratif⁰⁶. De plus, ils ne diminuent pas automatiquement l'utilisation globale des services de santé⁰⁷, et n'incitent pas nécessairement les usagers à avoir un recours aux soins plus rationnel. En outre, il a été démontré que les personnes pauvres et/ou les personnes avec des besoins de santé importants (souffrant par exemple de maladies chroniques) sont plus affectées par les systèmes de co-paiement⁰⁸. En conséquence, l'OMS insiste sur les précautions avec lesquelles les frais à la charge des patients doivent être utilisés au regard de leurs effets préjudiciables pour les populations vulnérables⁰⁹.

Les chercheurs de l'Observatoire européen sur les systèmes et les politiques de santé de l'OMS ont noté que nombre de pays présentant un risque d'insuffisance de financements publics à la suite de la crise sont en réalité des pays européens, et ajoutent que « les importants bénéfices économiques et sociaux des dépenses publiques de santé ne sont pas assez pris en considération dans les décisions relatives aux politiques fiscales et dans les programmes d'ajustement économique de l'UE et du FMI ».

L'organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) a récemment indiqué que l'écart entre les riches et les pauvres était à son plus haut niveau dans la plupart des pays de l'OCDE depuis 30 ans¹⁰. « Au-delà de la redistribution monétaire, l'amélioration de l'accès aux services publics de qualité – tels que l'éducation, la formation et la santé – constitue un investissement social sur le long terme pour créer l'égalité des opportunités au long cours. »

GRÈCE : LA SITUATION DEMEURE PARTICULIÈREMENT INQUIÉTANTE

Bien que les conséquences de la crise économique depuis 2008 soient toujours manifestes dans l'ensemble des systèmes de santé européens, certains pays ont été touchés plus sévèrement que d'autres¹¹. En Grèce, 2,5 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté (23,1 % de la population totale)¹². En outre, 27,3 % de la population vit dans des foyers surpeuplés, 29,4 % déclarent être dans l'incapacité de chauffer correctement leur logement, et 57,9 % des personnes sans ressources disent avoir été confrontées à des arriérés de paiement pour l'électricité, l'eau, le gaz¹³. La crise et les politiques d'austérité ont laissé près du tiers de la population sans couverture maladie¹⁴. Le chômage a atteint 25,8 % en décembre 2014¹⁵, la durée des allocations chômage a été réduite à 12 mois¹⁶, durée après laquelle il n'existe aucun revenu minimum garanti¹⁷. Le pourcentage de personnes déclarant des besoins en santé non satisfaits a augmenté depuis le début de la crise, passant d'environ 5,4 % de la population en 2008 à 9 % en 2013¹⁸.

02 OCDE Health at a glance : Europe 2014. Paris : OCDE, 2014.

03 Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Economic crisis, health systems and health in Europe : impact and implications for policy. Genève : OMS, 2014.

04 Eurostat, Besoins auto-déclarés d'examen ou de traitement médical non satisfaits, par sexe, âge et raison, 2015. Dernier accès le 28/03/2015. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hith_slc_03&lang=fr

05 Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Op. cit.

06 Dourgnon P, Grignon M. Le tiers-payant est-il inflationniste? Etude de l'influence du recours au tiers-payant sur la dépense de santé. Paris : CREDES, 2000.

07 Barer ML, Evans RG, Stoddart GL. Controlling health care costs by direct charges to patients : Snare or delusion? Toronto : Ontario, Conseil économique de l'Ontario, étude spéciale, 10, 1979.

Hurley J, Arbutnot Johnson N. The Effects of Co-Payments Within Drug Reimbursement Programs. *Canadian Public Policy* 1991; 17 : 473-89.

08 Majnoni d'Intignano B. Analyse des derniers développements et des réformes en matière de financement des systèmes de santé. *Revue internationale de sécurité sociale*, 1991; 44 : 10-1.

Newhouse JP and the Insurance Experiment Group. Free for all? Lessons from the RAND Health Experiment. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1993.

09 CDSS. Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Rapport final de la commission sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : OMS, 2008.

10 OCDE. Focus on inequality and growth. Direction de l'Emploi, du travail et des affaires sociales. Paris : OCDE, décembre 2014.

11 Eurofound. Access to healthcare in times of crisis. Dublin, 2014.

12 Collectif. Statistics on income and living conditions 2013. Autorité hellénique des statistiques, 2013.

13 Communiqué de presse de l'Autorité hellénique des statistiques (13/10/2014). Statistics on income and living conditions 2013 (income reference period 2012).

14 Direction de l'Emploi, du travail et des affaires sociales. Op. cit.

15 http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment_statistics

16 Commission européenne. Your social security rights in Grèce. Bruxelles, 2013.

17 Le gouvernement grec a assoupli les critères d'éligibilité à l'allocation chômage (sans retenues) pour les chômeurs de longue durée en 2012 (en augmentant le plafond des conditions de ressources), mais cela n'a bénéficié qu'à quelque 20 000 personnes en 2012, soit environ 3 % des chômeurs de longue durée... Koutsogeorgopoulou V et al. Fairly sharing the social impact of the crisis in Greece. Département économique de l'OCDE, 9 janvier 2014, p. 36.

18 Eurostat. Self-reported unmet needs for medical examination, by sex, age and reason. 2015. op.cit.

La crise en Grèce a également eu un impact sur le nombre d'usagers de drogues, sur la prévalence de VIH et d'hépatites C au sein de cette population, et sur le type de drogues consommées. Par exemple, la drogue bon marché siza (méthamphétamine mélangée à d'autres substances dangereuses) a des effets dévastateurs chez les usagers de drogues. Une étude récente estime que la prévalence du VHC en Grèce est de 1,87 %, alors que près de 80 % des malades ayant une hépatite C chronique ne se savent pas porteurs du virus, et que seuls 58 % des patients diagnostiqués séropositifs au VHC ont bénéficié d'un traitement¹⁹.

L'IMPACT DE LA CRISE SUR LES ENFANTS

On estime à 27 millions le nombre d'enfants menacés de pauvreté ou d'exclusion sociale en Europe, la crise économique et sociale les rend encore plus vulnérables²⁰. Les données nationales recueillies par l'Unicef montrent clairement l'impact néfaste de la crise. En 2012, quelques 1,6 million d'enfants supplémentaires vivaient dans des conditions de privation sévère par rapport à 2008 (passant de 9,5 millions à 11,1 millions) dans 30 pays européens. Le nombre d'enfants entrés dans la pauvreté au cours de la crise est supérieur de 2,6 millions au nombre de ceux ayant pu en sortir depuis 2008. Les taux de pauvreté des enfants se sont envolés en Grèce (40,5 % en 2012, contre 23 % en 2008) et en Espagne (36,3 % en 2012, contre 28,2 % en 2008)²¹.

Les dernières données disponibles de l'OCDE²² indiquent une augmentation de plus de 16 % entre 2008 et 2011 du nombre de bébés de faible poids, avec les conséquences sur le long terme que cela implique concernant la santé et le développement des enfants. Les obstétriciens ont rapporté une augmentation des enfants mort-nés de 32 % entre 2008 et 2010, tandis que les femmes ayant accès aux services prénataux sont moins nombreuses²³.

LES MIGRANTS EN DANGER AUX FRONTIÈRES DE L'EUROPE

Ces dernières années, l'augmentation considérable du nombre de conflits armés internationaux et d'autres formes de violences ont conduit à des déplacements de population massifs à l'intérieur ou à l'extérieur des frontières, comme en Afghanistan, en Centrafrique, en Érythrée, en Irak, en Libye, au Pakistan, au Soudan du Sud et en Syrie, pour ne citer que ces pays. Outre l'impact direct de la violence, de nombreux autres facteurs menacent les populations, tels que l'accroissement de la pauvreté, l'insécurité alimentaire, ou encore des risques accrus de problèmes de santé publique.

Bien que les pays d'Afrique du Nord, du Moyen-Orient et d'Afrique de l'Est aient accueilli la majorité des millions de personnes déplacées, les 28 États membres de l'UE ont également vu le nombre de demandes d'asile augmenter progressivement, jusqu'à 626 820 en 2014²⁴ – une augmentation de plus de 40 % par rapport à 2013 selon le Haut-commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR)²⁵. Le fait que les demandeurs d'asile ne puissent pas librement choisir où déposer leur demande d'asile (en raison du règlement Dublin III qui les oblige à en faire la demande dans le pays par lequel ils sont entrés dans l'UE) a de graves conséquences

sur leur bien-être et leur santé mentale. Cela montre également le clair manque de solidarité entre les États membres lorsqu'il s'agit de la question de l'immigration.

Les effets de l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile en Europe ont été directement observés par les équipes de MdM en Suisse, où deux centres d'accueils pour demandeurs d'asile ont été ouverts en 2014. À Munich, le nombre de demandeurs d'asile a presque doublé par rapport à 2013, ce qui a temporairement conduit à une situation où les demandeurs d'asile devaient dormir sous des tentes ou dans la rue, avant que de nouvelles structures d'accueil ne soient ouvertes.

Depuis le début de la crise syrienne, sur les 11,4 millions estimés de Syriens ayant fui leur foyer (soit plus de la moitié de la population syrienne), 3,8 millions se sont réfugiés dans les pays voisins et 7,6 millions à l'intérieur du pays²⁶. Les Syriens représentent le groupe le plus important de personnes ayant déposé une demande de protection internationale dans l'ensemble des 28 pays de l'UE entre 2012 et 2014²⁷ ; ils ont également connu le meilleur taux de reconnaissance accordée par les États membres, avec plus de 90 % de décisions positives depuis 2012²⁸. Cependant, moins de 150 000 Syriens ont demandé l'asile dans l'UE depuis le début de la guerre (moins de 4 % de l'ensemble de la population réfugiée) et la majorité n'a été accueillie que par deux pays, l'Allemagne et la Suède²⁹.

En raison des murs et des contrôles sur les voies de migration terrestres, de nombreux migrants tentent de gagner l'Europe par la mer Méditerranée. En décembre 2014, le HCR a estimé qu'ils étaient au nombre de 200 000 sur l'année (contre 60 000 en 2013). Parmi ceux cherchant un meilleur avenir en Europe se trouvent un grand nombre de mineurs isolés. Pour les seules Italie et Malte, plus de 23 800 enfants y sont arrivés par la mer, dont au moins 12 000 étaient non accompagnés, au cours des neuf premiers mois de 2014³⁰. Tandis que 150 000 migrants ont été sauvés par l'opération *Mare Nostrum*, le HCR estime qu'environ 3 400 personnes sont mortes ou ont disparu en mer (données disponibles au mois de novembre 2014).



UN ENFANT SYRIEN AU CENTRE DE RÉCEPTION DES MIGRANTS À LESBOS APRÈS SON ARRIVÉE PAR LA MER - GRÈCE.

19 Papatheodoridis G, Sypsa V, Kantzanou M, Nikolakopoulos I, Hatzakis A. Estimating the treatment cascade of chronic hepatitis B and C in Greece using a telephone survey. *J Viral Hep* 2015; 22 : 409-1.

20 Save the Children. Child poverty and social exclusion in Europe : A matter of children's rights. Brussels : Save the Children, 2014.

21 UNICEF Office of Research. Children of the Recession : The impact of the economic crisis on child well-being in rich countries. Florence : UNICEF Office of Research, 2014.

22 Données OCDE, http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Dernier accès le 16/02/2014.

23 Vlachadis N, Komarou E. Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis. *BMJ* 2013; 346 : f1061.

24 Eurostat (2014). www.ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00191&plugin=1. Dernier accès le 18/03/2015.

25 HCR. Asylum Trends 2014 : Levels and Trends in Industrialized Countries. Genève : HCR, 2015.

26 www.unocha.org/syria

27 Commission européenne. Facts and figures on the arrivals of migrants in Europe. Fact Sheet (13/01/2015).

28 ECRE / ELENA. Information note on Syrian asylum seekers and refugees in Europe. 2013; et Eurostat : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_quarterly_report

29 L'Allemagne et la Suède ont respectivement accordé l'asile à 23 860 et 16 295 Syriens en 2014, soit 60 % de l'ensemble des réfugiés syriens (Eurostat, Statistiques sur l'asile).

30 HCR. So close, yet so far from safety. The Central Mediterranean Sea Initiative, 2014.



LES ROUTES MIGRATOIRES SONT DANGEREUSES, Y COMPRIS DANS LES PAYS « D'ACCUEIL ». CALAIS – FRANCE – 2014

Mare Nostrum a été arrêtée fin 2004. Pour le moment, le seul dispositif en place est l'opération de moins grande envergure Triton, conduite par l'agence Frontex, dont la principale mission est la gestion des frontières. Ses ressources, son mandat et son périmètre d'intervention (couvrant uniquement un rayon de 30 miles nautiques au large des côtes italiennes) plus limités ont pour résultat une réduction des efforts de recherche et de sauvetage. Cela signifie que de plus en plus de personnes risquent de mourir alors qu'ils essaient de rejoindre l'Europe, le flux de migrants – et ainsi les risques de naufrage – n'allant pas diminuer en Méditerranée³¹.

LA MONTÉE DE L'INTOLÉRANCE

Au lieu de mettre l'accent sur les besoins des réfugiés vulnérables, le Conseil de l'Union européenne a lancé une opération conjointe de la police et des gardes-frontières, qui s'est déroulée sur plus de deux semaines en octobre 2014. Cette opération visait à appréhender les migrants en situation irrégulière et leurs passeurs, et pourtant un quart des personnes interpellées par les autorités étaient des demandeurs d'asile syriens³².

Alors que les taxes et contributions sociales des migrants sont supérieures aux allocations qu'ils reçoivent³³, et que leurs contributions fiscales sont clairement positives³⁴, ils sont souvent faussement décrits comme « attirés par les allocations ». En outre, la crise a d'abord et avant tout touché les travailleurs nés à l'étranger : malgré des taux de participation identiques dans la population active des pays de l'OCDE,

le taux de chômage moyen parmi les travailleurs nés à l'étranger (13 %) est significativement plus important que celui des travailleurs nationaux (9 %). Ces différences sont particulièrement marquées en Grèce et en Espagne (respectivement 26 % et 24 % de chômeurs parmi les travailleurs nationaux, contre 38 % et 36 % chez les travailleurs nés à l'étranger)³⁵.

Lors des dernières élections du Parlement européen, le Réseau européen contre le racisme (Enar) et la représentation européenne de l'Association internationale des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans et intersexes (Ilga Europe) ont enregistré 42 discours de haine à l'égard des minorités (migrants, LGBTI, musulmans et roms)³⁶ par des candidats à l'élection, dont cinq siègent aujourd'hui au Parlement européen nouvellement élu.

En février 2015, Nils Muižnieks, le commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, a dénoncé le fait que « malgré des avancées législatives et des mesures visant à lutter contre l'intolérance et le racisme, les discours et actes haineux et discriminatoires non seulement persistent, mais sont en hausse en France. [...] Au cours de ces dernières années, les actes antisémites, antimusulmans et homophobes ont connu une forte progression. Pendant la seule première moitié de l'année 2014, les actes antisémites ont quasiment doublé. [...] Le nombre croissant d'actes antimusulmans, dont près de 80 % sont commis contre des femmes, et d'actes homophobes, lesquels se produisent au rythme d'un tous les deux jours, est également très inquiétant³⁷. »

31 Ecre. Weekly bulletin, 10/10/2014. www.ecre.org/component/content/article/70-weekly-bulletin-articles/855-operation-mare-nostrum-to-end-frontex-triton-operation-will-not-ensure-rescue-at-sea-of-migrants-in-international-waters.html

32 www.statewatch.org/news/2015/jan/eu-council-2015-01-22-05474-mos-maiorum-final-report.pdf

33 OCDE. Is migration good for the economy? Migration policy debates. Paris : OCDE, mai 2014.

34 Dustmann C, Frattini T. The fiscal effects of immigration to the UK. *The Economic Journal*, sous presse.

35 OCDE. Données sur l'immigration en 2013. <https://data.oecd.org/migration/foreign-born-participation-rates.htm#indicator-chart>. Dernier accès le 17/02/2015.

36 ENAR / ILGA Europe (Juillet 2014). http://www.enar-eu.org/IMG/pdf/nohateep2014_report_-_3_july.pdf

37 Communiqué de presse - CommDH005(2015). France : les discriminations persistantes mettent en danger les droits de l'homme. Strasbourg, 17/2/2015.

LES RÉCENTS CHANGEMENTS LÉGISLATIFS, POUR LE MEILLEUR OU POUR LE PIRE

L'année 2014 a vu un certain nombre de changements législatifs positifs comme négatifs ayant eu une influence en termes d'accès aux soins, que nous résumons ci-dessous³⁸.

ALLEMAGNE Le gouvernement fédéral allemand est actuellement en train de modifier la loi relative aux demandeurs d'asile. Malheureusement, il est très peu probable qu'un changement améliorant l'accès aux soins soit introduit, ce qui signifie que la limitation actuelle des soins aux « *maladies aiguës et aux graves souffrances* » pour les migrants va perdurer.

BELGIQUE La loi du 19 janvier 2012³⁹ a entériné les pratiques de la plupart des Centres publics d'action sociale (CPAS) envers les citoyens démunis de l'UE nouvellement arrivés : « *Le centre [CPAS] n'est pas tenu d'accorder une aide sociale aux ressortissants des États membres de l'Union européenne et aux membres de leur famille pendant les trois premiers mois du séjour [...].* » En conséquence, les citoyens de l'UE doivent prouver qu'ils résident en Belgique depuis plus de trois mois, avant de pouvoir obtenir le même accès aux dispositifs de santé que les migrants sans papiers. Toutefois, le 30 juin 2014⁴⁰, la Cour constitutionnelle de Belgique a déclaré que cette mesure créait une différence de traitement discriminatoire à l'égard des ressortissants des États membres de l'UE sans ressources et les membres de leur famille, les migrants sans papiers extra-européens pouvant bénéficier du dispositif d'Aide médicale urgente (AMU) dès leur arrivée. Ainsi, avec ce jugement, les ressortissants de l'UE en Belgique devraient avoir accès à l'AMU durant les trois premiers mois de leur présence. Néanmoins, il n'est pas encore certain que celui-ci sera appliqué dans la pratique par de nombreux CPAS.

FRANCE Conformément aux engagements politiques du président français, à compter du 1^{er} juillet 2013, les plafonds de revenus pour l'attribution de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ont été rele-

vés de 8,3 %. En mai 2014 (dernières données disponibles), 539 307 personnes supplémentaires bénéficiaient d'une couverture maladie grâce à cette mesure positive (ce chiffre n'inclut pas les personnes concernées par la couverture santé spécifique accordée aux migrants sans papiers, l'Aide médicale de l'État (AME), dont le plafond est le même que pour la CMUc). Cette mesure devrait permettre à plus de 750 000 personnes supplémentaires d'avoir accès à une couverture santé complète ; les résultats liés à cette mesure devraient être complètement atteints vers la fin 2015⁴¹.

GRÈCE Selon le décret présidentiel 1465 du 5 juin 2014, l'accès aux soins des personnes sans couverture maladie mais avec autorisation de séjour est accordé sous certaines conditions. Les personnes étant habilitées à recevoir des soins gratuits à l'hôpital comprennent : les citoyens grecs sans assurance maladie ; les ressortissants de l'UE ou extra-européens vivant de façon permanente et légale en Grèce, mais ne bénéficiant pas d'une couverture maladie via un système d'assurance public ou privé et ne remplissant pas les conditions d'octroi du carnet de santé ; et les personnes qui bénéficiaient d'une assurance maladie mais qui l'ont perdue en raison d'arriérés non réglés auprès de leur assurance. Dans tous les hôpitaux publics, un comité composé de trois membres est chargé d'étudier toutes les requêtes au cas par cas, et d'accorder l'accès à des soins gratuits. Ce processus a évidemment pour conséquence des délais d'attente longs. De nouvelles réformes sont attendues en 2015.

PAYS-BAS Depuis 2012, le montant qu'un patient doit payer avant d'être remboursé pour ses frais de santé a considérablement augmenté – de 220 euros à 375 euros minimum par an en 2015 (et jusqu'à 875 euros en fonction de la société d'assurances et de la formule choisies par les assurés)⁴². Avec pour résultat des difficultés de paiement pour un nombre croissant de patients. Cependant, le paiement de cette contribution ne s'applique pas aux mineurs (soins dentaires inclus), aux consultations de médecine générale, aux soins prénatals ou aux systèmes de prise en charge des maladies chroniques telles que le diabète.

ROYAUME-UNI En mai 2014, le gouvernement a fait passer la nouvelle loi sur l'immigration, traduisant clairement son intention de « *rendre*

plus difficile pour les immigrants "illégaux"⁴³ de vivre au Royaume-Uni ». Selon le gouvernement, cette loi doit :

- Introduire des modifications dans le processus d'expulsion et le système d'appel, rendant plus aisée et plus rapide l'expulsion des personnes non autorisées à demeurer au Royaume-Uni ;
- En finir avec « *l'abus* » de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme – le droit au respect de la vie privée et familiale ;
- Prévenir l'accès et l'abus des services publics ou du marché du travail des immigrants « *illégaux* ».

Les migrants demandant l'autorisation d'entrer dans le pays pour plus de six mois devront payer une assurance santé migrants. Son coût sera d'environ 210 euros pour les étudiants internationaux et de 280 euros pour les autres catégories de migrants. Le coût supplémentaire sera inclus dans les frais de visa, avant l'arrivée au Royaume-Uni, et permettra d'accéder pendant le séjour aux mêmes soins de santé primaires et secondaires du Service national de santé (NHS) que les personnes considérées comme des résidents ordinaires. La définition de « *résident ordinaire* » doit être modifiée de façon à ce que tous ceux qui n'ont pas une autorisation de séjour permanent soient concernés par ce coût. La « *résidence ordinaire* » (qui donne un accès complet au NHS) a déjà été limitée en 2004 (de toute personne vivant au Royaume-Uni depuis plus d'un an aux seules personnes avec une autorisation de séjour). À compter de 2015, cette nouvelle restriction aux personnes ayant une autorisation de séjour permanent exclura ceux qui ne vivent pas au Royaume-Uni depuis plus de cinq ans et dont la demande d'autorisation de séjour permanent n'a pas abouti positivement. Le département de la Santé a exposé son intention d'étendre le co-paiement à certains soins de santé primaires et aux urgences. Les consultations de médecine générale devraient rester gratuites.

SUÈDE Depuis juillet 2013, une loi accorde aux migrants sans papiers le même accès aux soins qu'aux demandeurs d'asile, à savoir la prise en charge des soins « *qui ne peuvent être différés* », comprenant les examens médicaux et les médicaments inscrits dans la loi, les soins dentaires « *qui ne peuvent être différés* », les soins maternels, l'avortement, et les soins de santé sexuelle et reproductive. Les enfants de migrants sans papiers ont les mêmes

38 Un rapport législatif en anglais sur l'accès aux soins dans 12 pays, publié en mai 2015, est disponible sur www.mdmeurope.wordpress.com

39 Loi du 19 janvier 2012 modifiant la législation concernant l'accueil des demandeurs d'asile, www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2012011913

40 Jugement de la Cour constitutionnelle, 30 juin 2014. Disponible sur www.const-court.be/public/f/2014/2014-095f.pdf

41 www.cmu.fr

42 En février 2015, le ministère de la Santé a reconnu le besoin d'améliorer la « qualité et l'accessibilité des soins », en établissant, entre autres mesures, un montant moins élevé à payer par le patient avant qu'il puisse être remboursé pour ses frais de santé.

43 MdM et ses partenaires, en particulier la Plateforme de coopération internationale pour les migrants sans papiers (Picum), s'opposent catégoriquement à l'usage du terme « *illégal* » pour désigner une personne. Seules les lois décrivant les personnes comme illégales sont illégales. Personne sur terre n'est illégale. « *Ne pas avoir de papiers ne constitue pas un délit contre quelqu'un, une atteinte à la propriété ou à la sécurité nationale. Cela relève uniquement du champ administratif... Cela ne rend personne "illégal"* ». www.picum.org

droits aux soins médicaux et dentaires que les enfants suédois. En février 2014, le Conseil national pour la santé et le bien-être (Socialstyrelsen) est arrivé à la conclusion que les termes « *qui ne peuvent être différés* » ne « *sont pas compatibles avec les principes éthiques de la profession médicale, ne sont pas médicalement applicables à la santé et aux soins médicaux, et risquent de nuire à la sécurité des patients* ». En effet, il est très difficile pour une personne de savoir si la prise en charge des

soins lui sera accordée. De plus, la législation ne dit pas clairement si les citoyens démunis de l'UE sans autorisation de séjour peuvent avoir accès aux soins sur les mêmes bases que les migrants sans papiers extra-européens. La loi stipule juste que cela est possible « *seulement dans quelques cas* », sans autre précision. Néanmoins, en décembre 2014, la Direction nationale de la santé et des affaires sociales a publiquement annoncé que les citoyens de l'UE devaient être considérés comme sans pa-

piers (et avoir le même accès à la santé que les demandeurs d'asile et les ressortissants des pays tiers). Dans la pratique toutefois, les citoyens de l'UE sans papiers doivent encore payer la totalité des frais pour recevoir des soins dans la plupart des hôpitaux.

APERÇU DES ENGAGEMENTS PRIS PAR LES INSTITUTIONS INTERNATIONALES ET L'UE CONCERNANT LA PROTECTION DE LA SANTÉ

Il existe une liste impressionnante de textes et d'engagements internationaux qui garantissent aux personnes un droit fondamental et universel à la santé. Ils relèvent des Nations unies (Convention relative aux droits des enfants, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), du Conseil de l'Europe (Convention européenne des droits de l'homme et Charte sociale européenne), et de l'Union européenne (Traité sur l'Union européenne, Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne et Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne). De nombreuses résolutions, conclusions et opinions publiées par leurs institutions et agences existent également. Les déclarations d'engagement les plus récentes et pertinentes en matière de protection de la santé depuis le précédent rapport européen de Médecins du monde en mai 2014 sont présentées ci-dessous.

CONSEIL DE L'EUROPE

Dans ses conclusions par État concernant la santé, la sécurité sociale et la protection sociale, le Comité européen des droits sociaux (CEDS) a condamné en Espagne⁴⁴ l'exclusion des soins des migrants sans papiers. Dans ses conclusions pour la Grèce⁴⁵, le comité se demande si le droit à la santé des femmes enceintes, des adolescents et des personnes non assurées est suffisamment garanti. Le commissaire aux droits humains, Nils Muižnieks, a rappelé aux gouvernements nationaux que l'accès universel aux soins ne devait pas être bouleversé par les mesures d'austérité ou la crise économique⁴⁶. Et à la suite de sa visite en France, il a dénoncé les manquements graves et chroniques dans l'accueil des demandeurs d'asile et des mineurs isolés, ainsi que l'utilisation des tests osseux pour déterminer leur âge⁴⁷. Concernant les enfants migrants, l'Assemblée parlementaire (APCE) a noté qu'« *il n'existe aucun instrument légal, ni même de consensus, concernant les procédures pour évaluer l'âge d'une personne* ». L'Assemblée a insisté sur le besoin d'appliquer le bénéfice du doute, en songeant à l'intérêt supérieur de l'enfant⁴⁸.

INSTITUTIONS DE L'UNION EUROPÉENNE

Le Parlement européen a reconnu que « *l'accès aux services de soins les plus basiques, comme les soins d'urgence, est très limité, voire impossible, pour les migrants sans papiers en raison de l'obligation d'identification, du prix élevé des traitements et de la peur d'être découvert et signalé aux autorités* ».

Le Parlement européen a aussi demandé à la Troïka⁵⁰ de ne pas inclure de coupes dans les domaines fondamentaux comme celui de la santé, comme condition de l'octroi d'une aide financière à un pays de la zone euro⁵¹. Le plan d'action 2014-2016 de lutte contre le VIH/sida de la Commission européenne⁵² (mars 2014) inclut comme indicateur l'accès à la prévention, au traitement et aux soins des migrants sans papiers. À la suite de la Déclaration de Grenade⁵³ par des chercheurs et des professionnels de santé publique, le Conseil de l'Union européenne a reconnu que « *l'accès universel aux soins est d'une importance primordiale pour lutter contre les inégalités de santé [...] et constate avec inquiétude que les coupes extensives dans l'offre de soins peuvent avoir une influence sur l'accès aux soins et des conséquences sur la santé et l'économie sur le long terme, en particulier pour les groupes de la société les plus vulnérables* »⁵⁴. Le nouveau commissaire à la santé, Vytenis Andriukaitis, ancien ministre de la Santé lituanien, s'est engagé dans la réduction des inégalités de santé en Europe. Il a ainsi déclaré au nouveau groupe d'intérêt sur l'accès à la santé créé au sein du Parlement européen : « *Dans de nombreux pays, les électeurs ont d'ores et déjà envoyé un message clair – ils ne soutiendront pas les politiques qui non seulement négligent le droit des citoyens à l'accès aux soins, mais les font en outre tomber sous le seuil de pauvreté* »⁵⁵. L'Agence des droits fondamentaux de l'UE (FRA)⁵⁶ a publié un document sur la criminalisation des migrants en situation irrégulière et de ceux qui les aident⁵⁷, réitérant le fait que la peur qu'ont les migrants sans papiers d'être signalés constitue un frein à l'accès aux soins. Enfin, la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound) a publié un rapport détaillé sur l'accès aux soins en temps de crise⁵⁸, qui comprend un focus sur la situation de groupes spécifiques en situation de vulnérabilité, tels que les Roms, les migrants sans papiers, les personnes âgées, les personnes souffrant de maladie chronique ou de handicap, et les personnes avec des problèmes de santé mentale.

50 C'est-à-dire la Commission européenne, le Fonds monétaire international et la Banque centrale européenne.

51 Commission de l'emploi et des affaires sociales. Rapport sur l'emploi et les aspects sociaux du rôle et des opérations de la Troïka dans les pays du programme de la zone euro (2014/2007(INI)).

52 Commission européenne. Action Plan on HIV/AIDS in the EU and neighbouring countries : 2014-2016. http://ec.europa.eu/health/sti_prevention/docs/ec_hiv_actionplan_2014_en.pdf

53 http://www.eupha-migranthealthconference.com/wp-content/uploads/2014/04/DECLARATION_DE_GRENADE.pdf

54 Conclusions du Conseil de l'UE sur la crise économique et la santé. Luxembourg, 20 juin 2014.

55 http://ec.europa.eu/commission/2014-2019/andriukaitis/announcements/inauguration-interest-group-access-healthcare-european-parliament_en

56 La FRA a également publié un rapport sur les droits fondamentaux dans les aéroports et un autre sur les droits fondamentaux aux frontières, complétant son travail précédent sur les droits fondamentaux aux frontières maritimes méridionales de l'Europe.

57 Document de la FRA sur la criminalisation des migrants en situation irrégulière.

<http://fra.europa.eu/en/news/2014/fra-paper-criminalisation-irregular-migrants>

58 Eurofound. Access to healthcare in times of crisis. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, 2014.

44 http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/conclusions/State/SpainXX2_fr.pdf

45 http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/conclusions/State/GreeceXX2_fr.pdf

46 <http://www.coe.int/fr/web/commissioner/-/maintain-universal-access-to-health-care>

47 CoE, Communiqué de presse. France : persistent discrimination endangers human rights. 2015.

48 APCE, résolution 1996. Enfants migrants, quels droits à 18 ans ? 2014.

49 PE, Textes adoptés : Femmes migrantes sans papiers dans l'Union européenne (2013/2115(INI)).

LES PROGRAMMES NATIONAUX DU RÉSEAU INTERNATIONAL DE MDM

Depuis 1980, l'organisation de solidarité internationale Médecins du monde (MdM) s'engage pour un monde où les obstacles à la santé auront été surmontés, où le droit à la santé sera effectif – dans les pays où elle est présente comme à l'étranger. Les actions de MdM s'appuient principalement sur l'engagement des bénévoles. Travaillant quotidiennement auprès de personnes confrontées à de nombreux facteurs de vulnérabilité, MdM croit en la justice sociale comme vecteur de l'égalité devant la santé, du respect des droits fondamentaux et d'une solidarité collective.

Le réseau international de MdM comprend à ce jour 15 organisations indépendantes en Allemagne, Argentine, Belgique, Canada, Espagne, États-Unis, France, Grèce, Japon, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Suisse⁵⁹. Plus de la moitié des programmes du réseau international de MdM sont des programmes nationaux, dont 150 menés sur le continent européen, 12 aux États-Unis, au Canada et en Argentine et 3 au Japon. Les équipes mobiles de proximité mènent 80 % des programmes nationaux.

La mission principale de MdM est d'offrir un accès à la santé, à travers des services médicaux et sociaux de première ligne, accessibles et gratuits, aux personnes rencontrant des obstacles dans le système de santé de droit commun. Dans ses programmes nationaux, MdM travaille essentiellement auprès de personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité affectant leur accès à la santé, parmi lesquelles les personnes sans abri, les usagers de drogues, les ressortissants nationaux sans ressources, les migrants citoyens de l'UE, les travailleurs du sexe, les migrants sans papiers, les demandeurs d'asile et les communautés roms.

Les programmes de MdM sont conçus dans une perspective d'empowerment des groupes d'usagers, à travers leur participation active, afin d'identifier les solutions adaptées à leurs besoins et de lutter contre la stigmatisation et l'exclusion dont ils font l'objet. MdM soutient la création de groupes d'autosupport, reconnaissant l'expertise fondée sur l'expérience, et comme moyen de renforcer la société civile. Les activités de MdM peuvent ainsi conduire au changement social, en modifiant les lois et les pratiques, ainsi qu'en renforçant l'équité et la solidarité.

DIFFÉRENTS TYPES D'INTERVENTIONS ADAPTÉS AUX DIFFÉRENTES POPULATIONS RENCONTRÉES PAR MDM

Pour répondre au mieux aux besoins multiples des populations rencontrées, différents types d'interventions existent au sein du réseau international de MdM. Les interventions fixes et mobiles (environ 80 % des programmes) fournissent des soins préventifs et curatifs ainsi qu'un soutien social.

En fonction du lieu et des caractéristiques du système de santé national, les programmes de MdM peuvent offrir des soins primaires (soins des enfants comprenant parfois la vaccination, soins relatifs aux problèmes de santé mentale, aux maladies chroniques et à la santé sexuelle et reproductive), des consultations spécialisées et des orientations vers d'autres prestataires de santé (laboratoires, soins hospitaliers, soins obstétricaux et pédiatriques).

Exemples d'interventions : consultations sociales et médicales gratuites, programmes de réduction des risques incluant la distribution de seringues et de préservatifs, et des consultations médicales mobiles dans des bidonvilles, des squats ou la rue, etc.

LES OBJECTIFS ET ACTIVITÉS DE L'OBSERVATOIRE

Malgré la prise de conscience grandissante des inégalités de santé et la littérature qui y est consacrée, les enquêtes menées en population générale passent souvent à côté des populations rencontrées dans les programmes de MdM (en particulier des migrants sans papiers), qui ne sont pas prises en compte dans les systèmes d'information sanitaire officiels – et ainsi souvent désignées comme « invisibles ».

En 2004, le réseau international de MdM a créé l'Observatoire de l'accès aux soins, qui documente les déterminants sociaux de la santé et l'état de santé des patients avec les objectifs suivants :

- **Améliorer continuellement la qualité des services offerts aux patients de MdM** (à travers l'utilisation de questionnaires guidant les consultations sociales et médicales).
- **Fournir des informations avec une base scientifique, pour sensibiliser les acteurs de santé et les autorités** à la nécessité d'intégrer réellement les personnes vulnérables dans le système de santé de droit commun.
- **Appuyer les équipes de terrain dans le suivi de leurs programmes.**

L'Observatoire a développé un système d'information quantitatif et qualitatif qui inclut la collecte systématique de données des patients et une analyse statistique annuelle, des témoignages de patients, une analyse *de jure* et *de facto* des systèmes de santé, ainsi que l'identification des pratiques les mieux adaptées aux personnes rencontrant des facteurs de vulnérabilité multiples.

Ce faisant, l'Observatoire développe une solide connaissance des populations rencontrées dans les programmes de MdM, qui complète les statistiques officielles en population générale, à partir d'une expérience concrète directement apportée par les personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité et par les professionnels de santé travaillant auprès d'elles.

Plutôt que de parler de *groupes vulnérables*, l'Observatoire du réseau international propose d'utiliser le concept de vulnérabilité de santé. Définir des *groupes vulnérables* d'une façon figée ne tient pas compte des dimensions subjectives, interactives et contextuelles des vulnérabilités. Par exemple, certains groupes de population sont rendus vulnérables par des lois restrictives. En outre, toute personne peut potentiellement être vulnérable à un moment ou à un autre de sa vie. Les facteurs de vulnérabilité peuvent être cumulés et avoir des effets combinés. D'un autre côté, même si la santé est largement le résultat de déterminants sociaux, de nombreux membres de *groupes vulnérables* sont dans les faits très résilients.

Depuis 2006⁶⁰, les cinq rapports publiés par l'Observatoire ont vu la couverture géographique du recueil de données ainsi que les focus – des migrants sans papiers à l'ensemble des patients fréquentant les centres de santé de MdM à travers son réseau international – s'étendre progressivement.

Tous les rapports d'enquête et tous les rapports publics destinés aux professionnels et acteurs de santé publiés par l'Observatoire de l'accès aux soins du réseau international de MdM sont disponibles sur : www.mdmeuroblog.wordpress.com.

LES PROGRAMMES CONCERNÉS PAR L'ENQUÊTE

L'enquête s'est déroulée dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation, où sont proposés des consultations de soins primaires de première ligne accessibles et gratuites, un soutien social et des informations sur le système de santé et les droits des patients au regard de l'accès aux

59 En janvier 2015, 10 nouvelles organisations ont rejoint le réseau international pour former le Réseau européen pour réduire les vulnérabilités en santé, élargissant le partenariat à 10 nouveaux pays : Autriche, Bulgarie, République tchèque, Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Pologne, Roumanie et Slovaquie. Voir www.mdmeuroblog.wordpress.com

60 Avant la création de l'Observatoire de l'accès aux soins du réseau international de Médecins du monde, MdM France avait créé en 1994 un outil commun de recueil de données pour suivre les déterminants sociaux de la santé, les obstacles à l'accès aux soins et l'état de santé des patients et pour publier les résultats. Ce qui a mené à la création en 2000 de l'Observatoire de l'accès aux soins en France.

soins. Avant tout, ces programmes ont pour but d'aider les patients à (ré) intégrer le système de soins de droit commun, lorsque la loi le permet. Les programmes de MdM sont conduits par des équipes comprenant des bénévoles et des salariés professionnels de santé – infirmiers, médecins, sages-femmes, dentistes, spécialistes, etc. – et des travailleurs sociaux, des accueillants, des psychologues, des administrateurs, etc.

Pour répondre aux besoins divers des patients et s'adapter aux caractéristiques de chaque contexte ou pays, différents dispositifs de soins et modèles d'interventions ont été développés au fil des années. Le tableau suivant résume les activités spécifiques développées par les centres ayant contribué à cette enquête.

PROGRAMMES IMPLIQUÉS DANS L'ENQUÊTE ET LEURS ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES

CODE PAYS ⁶¹	PAYS	SITES PARTICIPANT À L'ENQUÊTE	ACTIVITÉS EN 2014 (EN PLUS DES CONSULTATIONS DE SOINS PRIMAIRES, DES SERVICES SOCIAUX ET D'INFORMATION DE PREMIÈRE LIGNE)
BE	BELGIQUE	→ Anvers → Bruxelles	Soutien psychologique (en plus des services médicaux et sociaux)
CH	SUISSE	→ La Chaux-de-Fonds → Canton de Neuchâtel	Consultations infirmières dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (dans le canton) ; consultations infirmières et soutien social dans la ville de La Chaux de Fonds – destinées principalement aux migrants.
DE	ALLEMAGNE	→ Munich	Consultations pédiatriques, gynécologiques, psychiatriques et psychologiques (en plus des services médicaux et sociaux) destinées à toutes les personnes sans couverture maladie, dont les migrants sans papiers.
EL	GRÈCE	→ Athènes → Patras → La Canée → Perama → Mytilène → Thessalonique	Soutien psychologique et consultations de spécialistes (en plus des services médicaux et sociaux). À Mytilène, les consultations ont lieu dans le centre de réception des migrants arrivés par la mer.
ES	ESPAGNE	→ Tenerife → Bilbao → Saragosse → Séville → Valence → Malaga → Alicante	Campagnes de sensibilisation et de promotion de la santé, organisation de formations, médiations interculturelles entre les professionnels et les usagers des programmes et actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé travaillant dans des structures publiques (en plus des services médicaux et sociaux).
FR	FRANCE	→ Saint-Denis → Nice	Services sociaux et médicaux adaptés aux besoins des groupes ne pouvant accéder aux soins. Consultations de spécialistes, y compris de psychiatres. Orientation vers le système de santé de droit commun.
NL	PAYS-BAS	→ Amsterdam → La Haye	Conseils et aides sociales pour les migrants sans papiers extra-européens afin de faciliter leur intégration dans le système de santé de droit commun. Médicaments sans ordonnance (mais pas de consultation médicale), soutien de groupes de migrants et sensibilisation des professionnels de santé du système public.
SE	SUÈDE	→ Stockholm	Soins et orientation des patients vers le système de santé publique après les avoir informés de leurs droits. Les ressortissants de l'UE constituent le principal groupe de patients mais les migrants extra-européens sont aussi soignés. Un soutien psychosocial et des consultations juridiques concernant l'asile sont aussi assurés ainsi qu'un suivi des orientations.
TR	TURQUIE	→ Istanbul	L'organisation turco-ouest-africaine Asem (Association de soutien et d'entraide aux migrants), en partenariat avec MdM FR, gère un centre social et médical pour les réfugiés et les migrants sans papiers à Istanbul. Les patients reçoivent également des informations sur leurs droits, bien qu'il existe très peu de moyens légaux pour obtenir des traitements gratuits ou peu coûteux. L'Asem a développé des liens solides avec les communautés d'Afrique de l'Ouest.
UK	ROYAUME-UNI	→ Londres	Le centre d'accueil, de soins et d'orientation dans l'est de Londres offre des soins de santé primaires aux groupes exclus, en particulier aux migrants et aux travailleurs/ses du sexe. Une grande partie du travail consiste à aider les patients à s'enregistrer auprès d'un médecin généraliste, porte d'entrée du système de santé. En outre, des consultations sociales sont proposées dans un centre pour migrants dans le centre de Londres, et avec une organisation de soutien aux travailleurs/ses du sexe.

OUVERTURE DE MDM LUXEMBOURG ET PREMIÈRES INFORMATIONS CONCERNANT LES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX SOINS

Pendant dix mois en 2014, MdM Luxembourg a proposé des consultations médicales à des personnes sans ressources, sans abri ou sans papiers, dans un accueil de jour de la ville de Luxembourg. Les mêmes questionnaires que ceux utilisés dans les 25 autres programmes ont été administrés à 59 patients de façon à dresser un portrait de la population rencontrée. La grande majorité des patients sont des hommes et l'âge moyen est de 47 ans. Un quart des patients sont de nationalité luxembourgeoise, suivis par les ressortissants roumains et italiens. Plus d'un quart des patients rencontrés en 2014 sont sans abri. Au Luxembourg, les principaux obstacles au bien-être social en général, et à l'accès aux soins en particulier, sont administratifs et financiers. Même lorsqu'ils bénéficient d'une couverture maladie, des frais modérés – cités comme un obstacle dans le recours aux soins – restent à leur charge. L'accès à la couverture maladie est conditionné à l'exercice d'une activité professionnelle et à la possession d'une adresse de résidence. Les migrants sans papiers n'ont pas de couverture maladie et n'ont accès qu'aux services d'urgence. De plus en plus d'hôpitaux demandent des arrhes aux personnes n'ayant pas de carte de sécurité sociale. Pour les demandeurs d'asile, pendant les trois premiers mois de la procédure, seuls les consultations d'urgence, les médicaments prescrits sur ordonnance (par un médecin luxembourgeois) et les soins d'urgence dentaires sont couverts par un système de bons de santé.

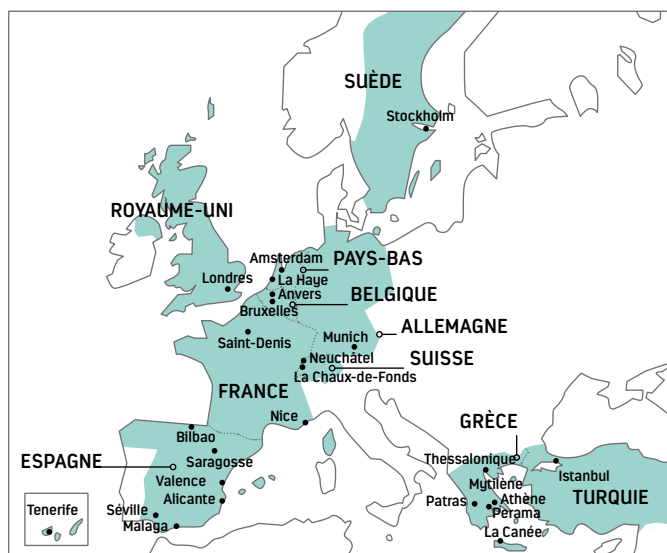
61 Tout au long de ce document, les pays seront cités dans l'ordre alphabétique de leurs codes internationaux officiels, selon les recommandations européennes (Code de rédaction interinstitutionnel, UE).

MÉTHODES

QUESTIONNAIRES ET MÉTHODES D'ADMINISTRATION

Les données analysées dans ce rapport⁶² ont été recueillies au moyen de questionnaires sociaux et médicaux administrés aux patients des 25 programmes des 10 pays associés à l'Observatoire du réseau international en 2014. Chaque patient reçu par un professionnel de santé ou un accueillant social a été interrogé en utilisant au moins l'un des trois questionnaires standardisés et multilingues – questionnaire social, questionnaire médical et questionnaire(s) de re-consultation médicale.

CARTE DES SITES IMPLIQUÉS DANS L'ENQUÊTE EN 2014



STATISTIQUES

Dans ce rapport, les données indiquées en pourcentages sont présentées selon trois types de proportions : 1) Les proportions par pays sont des proportions brutes qui incluent tous les sites d'enquête (indépendamment du nombre de villes ou de programmes considérés⁶³). 2) Les proportions globales pour l'Europe sont calculées pour les neuf pays européens et sont pour la plupart, sauf indication contraire, des proportions totales moyennes (*WAP, weighted average proportions*) entre tous les pays ; ce qui permet de corriger les différences d'effectifs entre les pays, qui comptent ainsi pour le même poids dans le total. 3) Les proportions totales brutes (*CAP, crude average proportions*) – qui ne rendent pas compte des pays à faibles effectifs – sont aussi données systématiquement dans les tableaux et graphiques. Lorsque le nombre de répondants est faible, ou lorsque l'on examine des sous-groupes de population, les CAP sont préférés.

62 Un rapport épidémiologique, comprenant des données recueillies au Canada (Montréal) et toute l'analyse croisée des données 2014, publié en mai 2015, est disponible sur www.mdmeurolog.wordpress.com ; Accès aux soins des personnes confrontées à de multiples vulnérabilités en santé dans 26 villes de 11 pays.

63 Dans un pays, si un programme d'une ville voit dix fois moins de patients qu'un programme dans une autre ville, le premier programme représentera un dixième du second.

Des tests statistiques standards ont été utilisés pour certaines comparaisons : principalement le test du Chi² de Fisher lorsque les effectifs étaient faibles. Un $p < 0.05$ indique une différence statistique significative.

EFFECTIFS DE L'ENQUÊTE

Ce rapport se base sur l'analyse de données relatives à 23 040 individus (15 648 de façon détaillée), dont 8 656 femmes. Au total, 42 534 consultations sont analysées (dont 29 898 où le questionnaire a été totalement administré dans les neuf pays d'Europe et 1 296 en Turquie).

NOMBRE DE PATIENTS ET DE CONSULTATIONS PAR PAYS

PAYS	NOMBRE DE PATIENTS	%	NOMBRE DE VISITES	%
BE ^A	2 366	15,	6 665	21,4
CH	395	2,5	1200	3,8
DE	538	3,4	1292	4,1
EL ^B	8 154 / 762	4,9	12 976 / 1 636	5,2
ES ^A	263	1,7	265	0,8
FR	8 839	56,5	17 165	55,0
NL ^A	123	0,8	123	0,4
SE	98	0,6	98	0,3
TR	869	5,6	1 296	4,2
UK	1 395	8,9	1 454	4,7
TOTAL (25 VILLES)	23,040/15,648	100	42,534/31,194	100

A. Des procédures d'échantillonnage ont été utilisées en Belgique, au Pays-Bas et en Espagne pour sélectionner de façon aléatoire les patients à qui poser les questions standards de l'Observatoire.

B. En Grèce, les données analysées dans ce rapport ont été recueillies entre le 1^{er} juin et le 31 décembre. Le premier nombre représente les personnes à qui ont été posées les six questions principales du questionnaire social, le second les personnes à qui l'ensemble du questionnaire a été passé (1 sur 10 à La Canée, Mytilène, Patras, Perama et Thessalonique ; et 1 sur 20 à Athènes).

LES MOTIFS DE CONSULTATION

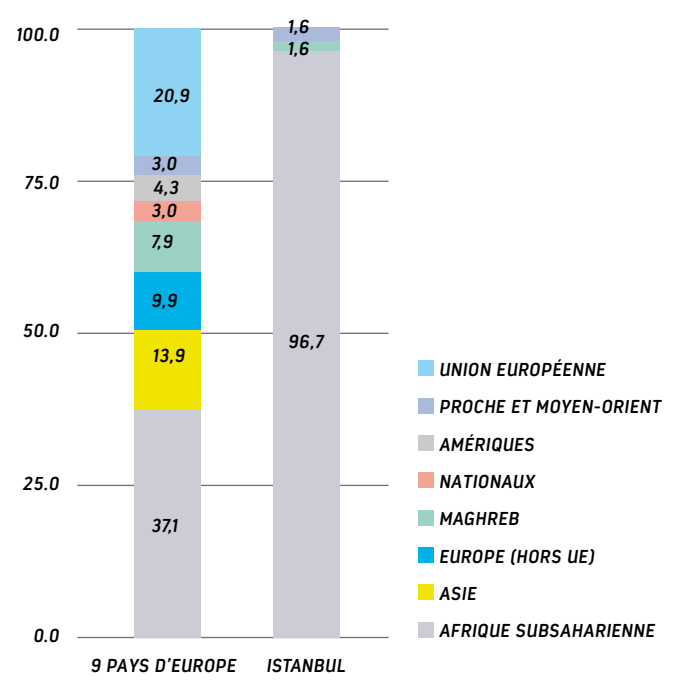
Une très grande majorité des patients se présente dans un programme de MdM pour obtenir des soins (81,1 % en Europe et 99,4 % à Istanbul). Les consultations pour des problèmes administratifs, juridiques ou sociaux sont aussi fréquentes : un tiers des patients rencontrés en Europe sont venus pour une de ces raisons (uniquement ou, le plus souvent, en même temps que pour un problème de santé).

FOCUS SUR LA SITUATION DES FEMMES ENCEINTES

Un total de 371 femmes enceintes ont été reçues en consultation en 2014 (principalement en Belgique, en Allemagne, en France et en Turquie), représentant 2,4 % des patients. L'âge moyen des femmes enceintes est de 27,8 ans dans les pays d'Europe (29,1 à Istanbul) et la plus jeune avait 14 ans.

Presque toutes les femmes enceintes rencontrées (97,0 %) sont de nationalité étrangère, d'Afrique subsaharienne (37,1 %), de l'UE (20,2 %), d'Asie (13,9 %) et des pays européens hors UE (9,9 %). À Istanbul, presque toutes les femmes enceintes (96,7 %) viennent d'Afrique subsaharienne.

ORIGINE GÉOGRAPHIQUE DES FEMMES ENCEINTES DANS LES NEUF PAYS D'EUROPE ET À ISTANBUL



Samira était une jeune Congolaise de 22 ans vivant en Turquie depuis trois ans. Lorsqu'elle s'est présentée à l'hôpital public d'Eskisehir, elle était enceinte de six mois et ne se sentait pas bien. Elle a été orientée vers l'hôpital d'Osmangazi, où on lui a demandé 3 500 euros, son autorisation de séjour (ainsi que son assurance santé) ayant expiré la veille. Ne pouvant payer, elle est retournée chez elle. Trois jours plus tard, elle a obtenu le renouvellement de son titre de séjour et est retournée à l'hôpital d'Osmangazi. Entre-temps, son bébé était mort *in utero* ; et elle est décédée le jour même, laissant un mari et deux petites filles.
Asem Turquie – Istanbul – Janvier 2015

En Europe, 52,4 % des femmes enceintes rencontrées n'ont pas d'autorisation de séjour : 2,4 % sont des citoyennes de l'UE et 50 % des ressortissantes de pays hors UE.

SITUATION ADMINISTRATIVE DES FEMMES ENCEINTES

	% EN EUROPE (N=310)	% À ISTANBUL (N=61)
CITOYENNES DE PAYS HORS UE SANS AUTORISATION DE SÉJOUR	50,0	29,4
CITOYENNES DE L'UE SANS AUTORISATION DE SÉJOUR^a	2,4	-
TOTAL SANS AUTORISATION DE SÉJOUR	52,4	29,4
N'AYANT PAS BESOIN D'AUTORISATION DE SÉJOUR (NATIONALES)^b	4,3	17,6
DEMANDEUSES D'ASILE (DEMANDE OU APPEL EN COURS)	33,3	29,4
AUTORISATION DE SÉJOUR VALIDE	7,1	5,9
RESSORTISSANTES UE PRÉSENTES DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS (N'AYANT PAS BESOIN D'AUTORISATION DE SÉJOUR)^b	0,0	5,9
VISAS EN COURS DE VALIDITÉ^c	3,6	11,8
SITUATION SPÉCIFIQUE CONFÉRANT LE DROIT DE RESTER^d	2,4	0,0
TOTAL AVEC AUTORISATION DE SÉJOUR	50,7	70,6
TOTAL	100,0	100,0
DONNÉES MANQUANTES	1,9 %	5,6 %

- A. Sans ressources financières suffisantes et/ou de couverture maladie.
- B. Ou situation équivalente (migrants présents depuis moins de 90 jours).
- C. Visas tourisme, court séjour, étudiant, de travail.
- D. Dont protection subsidiaire/pour raison humanitaire.

Parmi les femmes enceintes impliquées dans l'enquête en Europe, 33,3 % sont demandeuses d'asile (29,4 % à Istanbul), et 44,1 % sont ou ont été concernées par une demande d'asile (33,3 % à Istanbul). Parmi celles-ci, 37,5 % ont été déboutées du droit d'asile.

En raison de leur situation administrative, deux tiers des femmes enceintes (67,8 %) dans les neuf pays européens limitent leurs déplacements de peur d'être arrêtées (79,7 % à Istanbul). Cela représente un obstacle supplémentaire considérable pour l'accès aux soins prénataux.

Parmi les femmes enceintes vues en Europe, 55,3 % vivent dans des logements temporaires (24,6 % à Istanbul). Au total, 62,9 % des femmes enceintes reçues en Europe et 55,0 % de celles vues à Istanbul considèrent leur logement comme instable. En Europe, 22,9 %, et à Istanbul, 54,2 %, considèrent leurs conditions d'hébergement comme dangereuses pour leur santé ou celle de leurs enfants. La grande majorité (89,2 %) vit sous le seuil de pauvreté⁶⁴.

64 Il n'a pas été demandé aux personnes répondant au questionnaire de communiquer le nombre de personnes vivant grâce à leurs ressources. Si ces dernières avaient été incluses, le taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté aurait été bien plus important et pourrait dans les faits représenter l'ensemble des patients vus par MdM.



TROIS GÉNÉRATIONS DE DEMANDEURS D'ASILE SOMALIENS SE DEMANDANT CE QUE L'AVENIR LEUR RÉSERVE – SUISSE – 2014

49,3 % des femmes enceintes déclarent avoir un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans. Près de la moitié d'entre elles (47,5 %) vivent séparées d'un ou plusieurs de leurs enfants mineurs. À Istanbul, près de 74,1 % vivent sans aucun de leurs enfants. Les femmes vivant séparées de leurs enfants pour des raisons liées à la migration connaissent des tensions émotionnelles importantes, comprenant l'anxiété, les sentiments de perte et de culpabilité, et présentent des risques élevés de dépression⁶⁵.

Parmi les femmes enceintes, 30,3 % déclarent n'avoir jamais ou rarement quelqu'un sur qui compter. Le chiffre est encore pire à Istanbul, où 72,8 % des femmes enceintes se disent dans cette situation. Ces chiffres montrent à quel point l'isolement social est fort pour ces

femmes, à un moment où le besoin de soutien moral est particulièrement important. Cela constitue un obstacle de plus à l'accès aux soins.

Tous statuts administratifs confondus, 81,1 % des femmes enceintes vues par MdM en Europe n'ont pas de couverture maladie⁶⁶. Une absence totale de couverture maladie le jour de leur première consultation a été particulièrement observée pour les femmes enceintes en Belgique (95,2 %), en France (100 %), à Londres (94,9 %) et à Istanbul (98,1 %). Par ailleurs, en Allemagne, 75,3 % ont uniquement accès aux urgences.

Dans la plupart des pays, cela signifie qu'elles doivent payer pour leurs soins.

65 Parreñas RS. Mothering from a distance : emotions, gender, and intergenerational relations in Filipino transnational families. *Feminist studies*. 2001; 27 : pp. 361-90; Miranda J, Siddique J, Der-Martirosian C, Belin TR. Depression among Latina immigrant mothers separated from their children. *Psychiatric services*. 2005; 56 : pp. 717-20; Bouris SS, Merry LA, Kebe A, Gagnon AJ. Mothering here and mothering there : international migration and post-birth mental health. *Obs Gynecol Int*. 2012; 2012 : Article ID 593413, 6 p.

66 Les femmes sans couverture maladie sont comptabilisées avec celles ayant accès aux services d'urgence uniquement, ce qui indique qu'elles n'ont ni accès aux soins ni couverture maladie.

COUVERTURE MALADIE DES FEMMES ENCEINTES

	% EN EUROPE (N=310)	% À ISTANBUL (N=61)
SANS COUVERTURE/TOUS LES FRAIS SONT À PAYER	58,4	98,1
ACCÈS AUX URGENCES SEULEMENT	22,7	0,0
COUVERTURE MALADIE TOTALE	6,3	0,0
DROITS OUVERTS DANS UN AUTRE PAYS DE L'UE	5,9	0,0
ACCÈS À LA MÉDECINE GÉNÉRALE AVEC UN COÛT	2,4	0,0
COUVERTURE MALADIE PARTIELLE	2,1	0,0
ACCÈS GRATUIT À LA MÉDECINE GÉNÉRALE	1,1	1,9
ACCÈS SOIN PAR SOIN	1,0	0,0

Parmi les femmes enceintes des neuf pays européens, 54,2 % n'avaient pas eu accès aux soins prénataux avant de consulter dans les centres de soins gratuits de MdM⁶⁷ et parmi elles, 58,2 % ont reçu des soins trop tardivement – c'est-à-dire après 12 semaines de grossesse⁶⁸.

Jane vient du Nigeria, elle est arrivée au Royaume-Uni quatre années avant sa grossesse. Elle s'est présentée au centre à 23 semaines de grossesse. Elle avait été enregistrée temporairement par son médecin généraliste qui l'avait orientée vers l'hôpital de son quartier pour des soins prénataux, mais elle avait trop peur d'y aller et d'être repérée par l'UKBA (ministère de l'Intérieur). Le médecin de MdM, préoccupé par sa santé après l'avoir examinée, l'oriente alors vers un service d'urgence.

Elle est admise dans un hôpital du quartier et en sort après quelques jours. Malheureusement, l'accouchement était prématuré et Jane a perdu sa petite fille très peu de temps après la naissance. Une facture de 3 620 euros lui sera envoyée.

MdM UK – Londres – 2014

RISQUES ENCOURUS PAR LES FEMMES ET LES ENFANTS À NAÎTRE SANS ACCÈS À TEMPS AUX SOINS PRÉNATAUX

« L'accès à des soins prénataux est un droit pour toutes les femmes enceintes. En conséquence, les interventions dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée devraient être dispensées universellement et gratuitement » (OMS)

Les soins prénataux sont l'ensemble des interventions qu'une femme enceinte reçoit dans un service de soins organisé à cet effet. Les soins prénataux sont essentiels pour repérer et soigner les problèmes pouvant menacer la santé du fœtus/nourrisson et/ou de la mère, pour aider la femme enceinte à vivre la grossesse et la naissance comme des expériences positives et pour garantir un bon départ au nouveau-né. Les soins doivent être adaptés à chaque femme enceinte en fonction de ses besoins et de sa volonté.

Sans accès à des soins prénataux commencés à temps – avant la 12^e semaine de grossesse – et réguliers tout au long de la grossesse, un certain nombre de risques existent pour les mères et les enfants :

- la transmission du VIH (et de l'hépatite B) de la mère à l'enfant ;

- la non-détection d'infections sexuellement transmissibles, pouvant conduire à un avortement spontané, une rupture prématurée des membranes ou à un accouchement prématuré ;
- la non-détection précoce d'anémie ou de diabète (menant aussi à des morbidités et mortalités élevées à la fois pour la mère et l'enfant) ;
- une pré-éclampsie non détectée au cours du deuxième et troisième trimestre ;
- la non-préparation à l'accouchement, qui a pour conséquences un stress et des risques plus élevés pendant l'accouchement et les premiers mois de la vie du bébé, le non-recours à la contraception après l'accouchement, une absence d'information sur l'allaitement maternel, la vaccination, etc.

Banta D. What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organisational implications? Copenhagen : Office régional de l'OMS Europe (Réseau des bases factuelles en santé, 2003).

67 Plus la grossesse est récente, moins les femmes ont eu accès aux soins avant de consulter à MdM (16,3 semaines en moyenne chez les femmes sans accès aux soins avant leur venue à MdM versus 20,8 semaines pour celles ayant accès aux soins, p<0.001).

68 Taux de réponse = 78,5 % et 57,4 % respectivement.

APERÇU DES LÉGISLATIONS RELATIVES À L'ACCÈS AUX SOINS DES FEMMES ENCEINTES⁶⁹

ALLEMAGNE Parmi les femmes enceintes sans papiers, seules celles ayant obtenu une tolérance temporaire de séjour (*Duldung*) ont accès aux soins prénataux et postnataux. Ce statut est accordé uniquement pour une période déterminée lorsque les femmes sont considérées comme « *inaptes à voyager* » – généralement trois mois avant et trois mois après l'accouchement. Les femmes enceintes ne sont pas couvertes pendant les six premiers mois de la grossesse. Concernant les citoyennes de l'UE, un nombre croissant de femmes enceintes n'ont aucun accès aux soins prénataux et postnataux.

Les femmes dont les revenus sont inférieurs à 1 033 euros peuvent demander le remboursement d'une interruption de grossesse à leur assurance santé. En théorie, les demandeuses d'asile et les femmes migrantes devraient aussi avoir accès au remboursement. Cependant, il est compliqué pour les femmes sans papiers d'en bénéficier, en raison de la nécessité d'obtenir un bon d'assurance santé au bureau des affaires sociales et du risque d'être signalée si elles en font la demande. Les fonctionnaires, tels que le personnel de santé (à l'exception de ceux travaillant dans les services d'urgence), ont l'obligation de signaler les migrants sans papiers.

BELGIQUE Les femmes enceintes sans papiers ont un accès gratuit et sans limites aux soins prénataux et aux soins liés à l'accouchement si elles bénéficient de l'AMU (dont le processus d'obtention peut être long et difficile et qui peut aussi être refusée en fonction de critères fluctuants et opaques, selon le lieu de résidence du patient). Cependant, des consultations prénatales et postnatales (préventives et psychosociales) sont normalement accessibles et gratuites pour toutes les femmes.

L'interruption de grossesse est couverte par l'AMU, mais la procédure est trop longue pour une intervention dans la limite des douze semaines, les femmes doivent donc payer elles-mêmes (au moins 250 euros).

ESPAGNE Selon l'article 3^{er} du Décret royal de 2012, les migrants sans papiers sont exclus du système de santé, à l'exception des femmes enceintes (et des mineurs), qui peuvent béné-

ficier d'une « *carte de santé grossesse* » individuelle au centre de santé le plus proche de l'endroit où elles vivent. Cette carte n'est valide que pendant la grossesse, l'accouchement et la période des soins postnataux. Il semble que deux ans après l'adoption de cette loi, de nombreux centres n'appliquent toujours pas ce décret, en raison d'un manque de connaissance ou de volonté, laissant les femmes enceintes sans carte de santé.

FRANCE Les femmes enceintes sans papiers peuvent bénéficier de l'AME, mais de nombreux obstacles rendent difficile son obtention, limitant ainsi l'accès aux soins prénataux et postnataux. Néanmoins, une disposition spécifique indique que tous les soins destinés aux femmes enceintes (soins prénataux, liés à l'accouchement et postnataux), ainsi que l'interruption de grossesse, doivent être considérés comme urgents. Cela ne s'applique qu'à l'hôpital, où ces soins sont gratuits.

GRÈCE Selon la loi (3386/2005), les femmes enceintes sans papiers n'ont pas accès à la couverture maladie. En principe, les urgences incluent les complications liées à la grossesse et l'accouchement, mais les femmes enceintes sans papiers ne peuvent avoir accès aux soins prénataux et postnataux. Dans la pratique, elles n'ont pas accès à des accouchements gratuits.

Concernant l'interruption de grossesse, elles doivent payer approximativement 340 euros dans les hôpitaux publics. L'article 79(1) de la même loi stipule que les femmes enceintes sans papiers ne peuvent être expulsées du pays durant leur grossesse et pendant les six mois suivant l'accouchement. Les migrants sans papiers ne pouvant être expulsés pour raison médicale bénéficient d'un titre de séjour temporaire.

PAYS-BAS Les femmes enceintes concernées par une demande d'asile ont accès à des soins gratuits au moment de l'accouchement, dans le cadre d'un dispositif spécifique pour les demandeurs d'asile (comprenant les soins prénataux, liés à l'accouchement et postnataux). Les migrantes sans papiers n'ont pas droit à une couverture maladie.

Les femmes enceintes sans papiers ont accès aux soins prénataux, liés à l'accouchement et postnataux mais elles doivent les payer elles-mêmes, sauf s'il est prouvé qu'elles ne peuvent les payer. Pour la grossesse et l'accouchement, les autorités nationales remboursent aux hôpitaux et aux pharmacies agréées 100 % des factures non payées. Dans la pratique cependant, les femmes sans papiers souvent

sommées de payer comptant et en liquide, doivent s'engager sur un échéancier de paiement, ou reçoivent une facture et des rappels à leur domicile, puis elles sont poursuivies par des agences de recouvrement engagées par les prestataires de santé. Contrairement aux soins maternels, la contraception et l'interruption de grossesse doivent être payées entièrement par les migrantes sans papiers.

ROYAUME-UNI Les soins maternels pour les femmes enceintes sans papiers – comprenant les soins prénataux, liés à l'accouchement et postnataux – ne sont pas gratuits, et sont considérés comme des soins secondaires. Ainsi, les femmes doivent généralement s'acquitter des frais pour les soins reçus tout au long de la grossesse, qui représentent environ 4 000 euros lorsqu'il n'y a pas de complications.

Concernant l'interruption de grossesse, alors qu'elle est considérée par la loi comme faisant partie des soins primaires, et devrait donc être gratuite, elle est dans les faits considérée dans certaines régions du pays comme faisant partie des soins secondaires, et les femmes enceintes sans papiers doivent payer pour y avoir recours.

SUÈDE Les demandeurs d'asile adultes et les migrants sans papiers extra-européens ont accès aux soins médicaux et dentaires « *qui ne peuvent être différés* ». Les femmes enceintes ont accès aux soins maternels et à l'interruption de grossesse. Elles doivent payer environ 5 euros à chaque consultation de médecin. La situation n'est pas claire pour les femmes enceintes citoyennes de l'UE non autorisées à rester en Suède.

SUISSE Les femmes enceintes sans papiers ayant les moyens de cotiser à l'assurance santé la moins chère (environ 300 euros par mois) sont couvertes complètement pour l'interruption de grossesse, les soins prénataux, liés à l'accouchement et postnataux. Les femmes enceintes sans couverture maladie doivent payer elles-mêmes. En cas d'urgence, les praticiens doivent procurer des soins sans demander si les patients ont une couverture maladie, mais les patientes auront une facture ou doivent partir sans laisser d'adresse.

TURQUIE Les femmes enceintes sans papiers doivent payer les dépenses de santé pour les soins prénataux, liés à l'accouchement et postnataux. Elles sont souvent signalées à la police par le personnel de santé, parce qu'elles sont sans papiers ou parce qu'elles ne peuvent payer la consultation médicale.

⁶⁹ Pour plus de précisions sur les lois et leurs références, voir le rapport législatif en anglais sur l'accès aux soins dans 12 pays, publié en mai 2015, sur www.mdmeuroblog.wordpress.com.

MOBILISATION POUR LE DROIT DES FEMMES À DÉCIDER SI ELLES VEULENT OU NON UN ENFANT, ET À QUEL MOMENT

À la fin de l'arrivée 2013, le gouvernement espagnol a présenté un projet visant à abroger la loi de 2010 sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse, retirant ainsi aux femmes le droit de choisir elles-mêmes si elles veulent un enfant ou non, et à quel moment. Le projet de loi prévoyait de n'autoriser l'interruption de grossesse que dans le cas d'un viol ou d'une grossesse présentant un risque sérieux pour la santé physique ou mentale de la femme (attesté par deux médecins ne travaillant pas dans les structures où l'avortement est pratiqué).

Le projet exigeait que les filles et femmes enceintes à la suite d'un viol déposent plainte au commissariat avant de pouvoir accéder à un avortement légal. Cela aurait introduit d'importants obstacles pour toutes les femmes victimes de viol, mais plus encore pour les femmes sans papiers (en raison de la peur et du risque réel d'être expulsées).

En réaction à ce projet de loi, de nombreuses femmes (et des hommes) venant de différents partis politiques, de tous les milieux sociaux et de l'Europe entière, se sont rassemblées dans la rue lors de manifestations massives pour dénoncer le projet de loi et affirmer leur solidarité avec les femmes d'Espagne.

Au même moment, le réseau international de MDM a mené une campagne pour le droit des femmes à décider si elles veulent des enfants ou non et à quel moment, pour l'accès à la contraception et à l'avortement sûr et légal. La campagne a été appelée *Names not Numbers – Des noms pas des chiffres*⁷⁰, en référence aux 50 000 femmes qui meurent chaque année dans le monde des complications d'un avortement à risque, c'est-à-dire sans supervision médicale.

Sous la pression, le projet de loi espagnol a finalement été retiré.

Lors de la conférence spéciale des Nations unies sur la santé sexuelle et reproductive en septembre 2014, le secrétaire général Ban Ki-moon a insisté dans son discours d'ouverture sur les risques associés aux avortements clandestins : « *Nous devons affronter le fait que 800 femmes meurent chaque jour de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Quelque 8,7 millions de jeunes femmes des pays en développement ont recours à des avortements à risque chaque année. Il est urgent de les protéger.* »

70 www.youtube.com/watch?v=woAGcmjV3Ts



©MDM

PARTICIPATION DE MDM À LA MOBILISATION EUROPÉENNE CONTRE LA LOI ESPAGNOLE ANTI-AVORTEMENT – PARIS – FRANCE – FÉVRIER 2014

FOCUS SUR LA VACCINATION DES ENFANTS



© BRAUNE RICHTER

CONTRUIRE LA CONFIANCE EST ESSENTIEL. CONSULTATION PÉDIATRIQUE – MUNICH – ALLEMAGNE

Les vaccins contre le tétanos, la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), la diphtérie et la coqueluche sont considérés comme essentiels dans le monde entier, et la plupart des pays de la région européenne de l'OMS ont également inclus la vaccination contre l'hépatite B dans leur plan de vaccination national⁷¹.

De nombreux vaccins protègent non seulement les individus mais aussi la communauté à travers le mécanisme d'immunité collective : vacciner un individu permet de protéger aussi les personnes qui l'entourent. Pour que ce mécanisme fonctionne, et pour parvenir à éradiquer ces maladies évitables, une part suffisamment importante de la population doit être protégée par le biais de la vaccination. Les taux de couverture doivent être supérieurs à 95 % pour éradiquer la rougeole, à 85 % pour la diphtérie et entre 92 % et 94 % pour la coqueluche⁷².

La vaccination est encore plus importante pour les groupes confrontés à de nombreux facteurs de vulnérabilité que pour la population générale, car ils ont moins d'occasions d'être vaccinés en raison des nombreux obstacles à l'accès aux soins (principalement légaux et financiers). En outre, les déterminants sociaux (comme un accès insuffisant à une alimentation équilibrée, au logement, à l'eau et aux sanitaires) augmentent les risques de tomber malade et de développer des maladies graves. La vaccination peut aider à réduire ces risques, car, même dans les cas où elle n'a pas réussi à prévenir une maladie, elle atténue souvent la gravité des complications qui y sont liées.

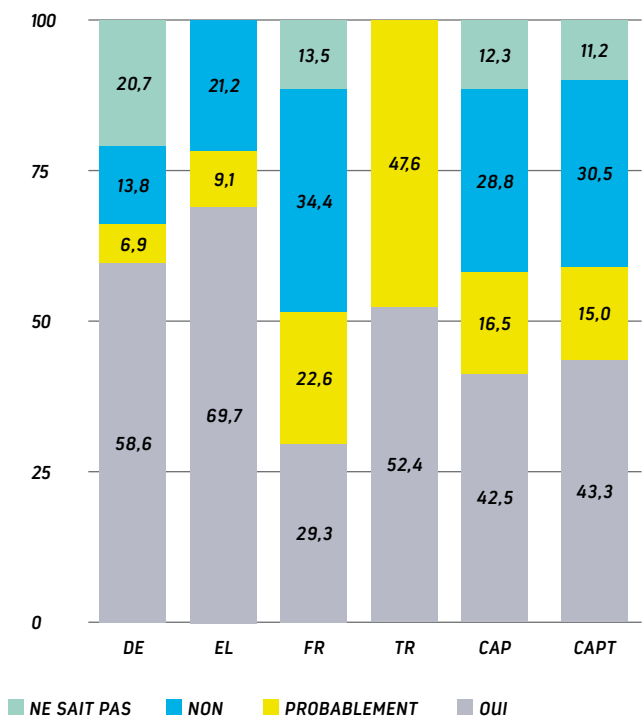
Au total, 645 patients mineurs ont été vus dans les programmes de MdM en 2014. Ils représentent 4,1 % de la population totale. Aucun mineur n'a été vu en Suède.

⁷¹ www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/vaccine-preventable-diseases

⁷² L'immunité collective s'applique à la rougeole, la rubéole, la varicelle, la polio et la coqueluche. Concernant les infections pour lesquelles le corps humain ne constitue pas un réservoir (ex. tétanos, rage), les vaccins offrent seulement une protection individuelle. Smith P. Concepts of herd protection and immunity. Londres : London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2009.

En Europe⁷³, seuls 42,5 % des mineurs sont vaccinés contre le tétanos. En France, seuls 29,3 % des mineurs sont vaccinés complètement⁷⁴. À Istanbul, le taux de vaccination contre le tétanos chez les mineurs reçus par les équipes de MdM est de 52,4 %.

TAUX DE VACCINATION CONTRE LE TÉTANOS PARMIS LES MINEURS (%)



Les taux de vaccination contre l'hépatite B (VHB) sont encore plus faibles : la proportion moyenne de mineurs vaccinés en Europe est de 38,7 %. Le taux de vaccination contre le VHB est très faible en France (22,1 %). Dans les pays d'Europe, où l'OMS a recommandé d'intégrer le vaccin contre l'hépatite B comme partie intégrante des programmes nationaux de vaccination des enfants⁷⁵, la couverture vaccinale en population générale est en moyenne de 93 %⁷⁶.

Les taux de vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) et contre la coqueluche sont respectivement de 34,5 % et 39,8 %. Pourtant, dans la majorité des pays impliqués dans l'enquête, la couverture vaccinale contre la coqueluche et les oreillons à l'âge de 2 ans atteint (et dépasse souvent) 90 % en population générale.

Ces chiffres révèlent l'écart énorme qu'il existe entre la population générale et les enfants rencontrés dans les centres de MdM concernant l'accès à la vaccination. En effet, plus de moitié des enfants vus par les équipes de MdM (57,6 %) ne sont pas vaccinés contre le tétanos, et environ 65 % ne sont pas protégés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole ou contre la coqueluche.

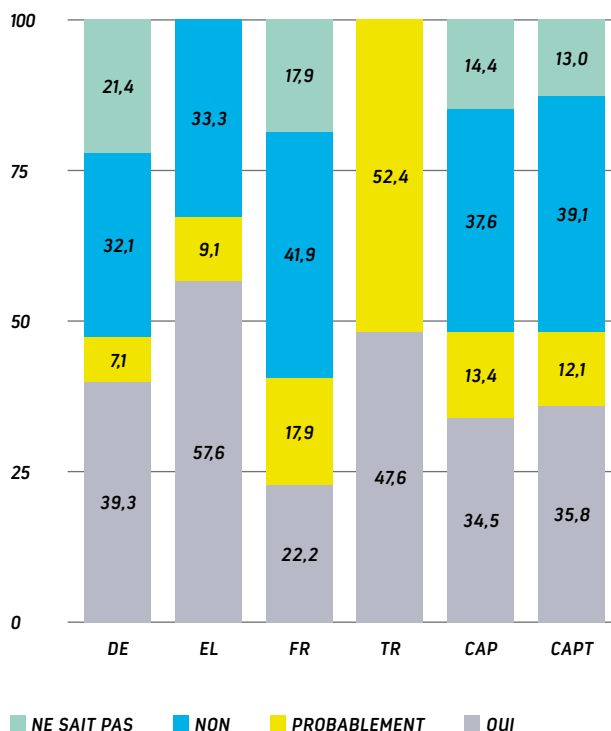
73 Le nombre d'enfants vus dans les centres de MdM dont la situation vaccinale n'est pas documentée est bien trop élevé. La couverture vaccinale devrait être vérifiée pour tous les enfants, même s'ils doivent être par la suite orientés vers des centres de vaccination.

74 Cela signifie que les médecins ou les infirmiers de MdM ont vu le carnet de vaccination.

75 Recommandations de l'OMS concernant la procédure de vaccination. Summary of WHO Position Papers - Recommendations for Routine Immunization (dernière mise à jour, 30 mai 2014).

76 OCDE. Childhood vaccination programmes. Health at a glance 2013. Paris : OCDE, 2013.

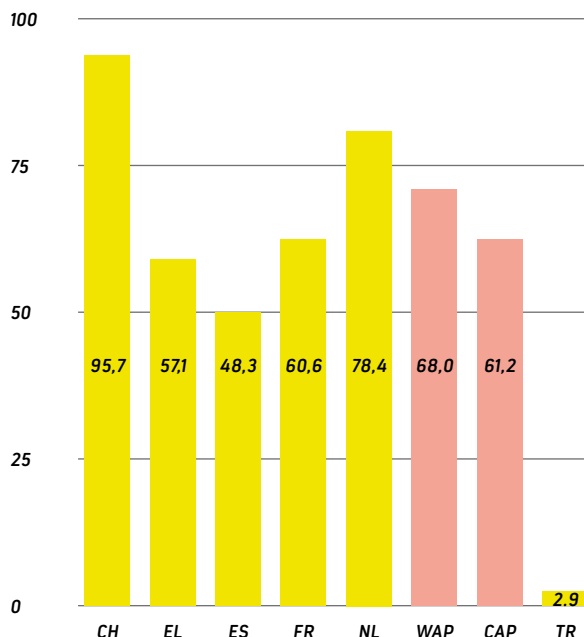
TAUX DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE, LES OREILLONS ET LA RUBÉOLE CHEZ LES ENFANTS (%)



LA CONNAISSANCE DES LIEUX DE VACCINATION

La question de la connaissance des lieux de vaccination a été posée dans 5 pays européens. Sur l'ensemble des personnes interrogées à ce sujet, 38,8 % ne savent pas où aller pour faire vacciner leurs enfants. À Istanbul, presque personne ne sait où se rendre pour faire vacciner son enfant.

CONNAISSANCE DES LIEUX DE VACCINATION (POUR MINEURS, %)



En Espagne, la vaccination et la carte de santé sont exigées lors des inscriptions scolaires. L'exclusion du système de santé peut donc impliquer une exclusion du système scolaire. Mariela vient du Paraguay. Elle vit en Espagne avec ses deux enfants, âgés de 11 et 15 ans. Son titre de séjour l'autorise à travailler. *« Je ne peux envoyer l'un de mes enfants à l'école, parce que je dois présenter sa carte de santé. Au centre de soins, ils m'ont dit qu'il n'était pas possible de m'en donner une, car il n'est pas enregistré au niveau de la municipalité. »*

En effet, la municipalité a récemment mis en place de nouvelles restrictions pour l'enregistrement des migrants sans papiers. Bien que son premier enfant soit enregistré et que Mariela ait un titre de séjour, la nouvelle législation locale rend plus difficile l'enregistrement de son second enfant auprès de la municipalité. Ce qui, à son tour, l'empêche d'obtenir une carte de santé auprès du centre de soins.

MdM Espagne Tenerife – Décembre 2014



© KATHERINE FAWSETT

UNE INFIRMIÈRE DE MDM DONNANT LE BIBERON AU BÉBÉ DE SA PATIENTE – MDM UK – LONDRES – DÉCEMBRE 2014

APERÇU DES LÉGISLATIONS RELATIVES AUX SOINS DES ENFANTS

En Belgique, en France, en Suède, en Grèce, en Espagne et au Royaume-Uni, les enfants de demandeurs d'asile et de réfugiés ont les mêmes droits à la santé que les enfants nationaux⁷⁷.

ALLEMAGNE Les enfants de demandeurs d'asile et de réfugiés sont soumis au même système que les adultes (48 mois de présence en Allemagne avant d'être intégrés dans le système de droit commun). Cependant, les enfants peuvent recevoir d'autres soins prenant en compte leurs besoins spécifiques (sans autre précision dans la loi). Ils ont accès aux vaccinations recommandées. Les enfants de migrants sans papiers ont également les mêmes droits que les adultes, ils doivent faire la demande d'un bon d'assurance santé, ce qui constitue pour eux un risque d'être signalé aux autorités. Ainsi, il n'y a pas d'accès direct à la vaccination et le seul moyen pour un migrant sans papiers de faire vacciner son enfant est de payer le coût de la consultation médicale (environ 45 euros) et le coût des vaccins (environ 70 euros par vaccin). Les mineurs isolés sous la protection de l'Office des jeunes ont accès aux soins.

BELGIQUE Les enfants de migrants sans papiers ont accès gratuitement aux vaccinations et aux soins préventifs à travers l'Office de la naissance et de l'enfance ou le Service de l'enfance et de la famille jusqu'à l'âge de 6 ans. Après cet âge, et pour tous les soins curatifs quel que soit leur âge, ils doivent bénéficier de l'AMU au même titre que les adultes.

Les mineurs isolés ont le même accès aux soins que les mineurs nationaux ou avec un titre de séjour, s'ils sont scolarisés.

ESPAGNE L'article 3^{er}, al. 4 de la Loi 16/2003 (renforcé par l'article 1 du Décret-loi royal 16/2012)⁷⁸ indique que « dans tous les cas, les étrangers de moins de 18 ans reçoivent des soins dans les mêmes conditions que les citoyens espagnols ». Cette disposition énonce clairement qu'en Espagne tous les mineurs, quel que soit leur statut administratif, devraient avoir accès aux services de soins, dont la vaccination, aux mêmes conditions que les mineurs espagnols (c'est-à-dire gratuitement). Néanmoins, il est difficile d'obtenir une carte de santé pour les

enfants de migrants sans papiers. En outre, ils se voient souvent refuser des soins ou des vaccinations. Il s'agit clairement d'un problème de mise en œuvre de la loi. Les centres de santé, ne sachant pas comment procéder avec ces mineurs, peuvent leur refuser des soins jusqu'à ce qu'ils aient une carte de santé.

FRANCE : Les enfants NE SONT PAS considérés comme sans papiers en France, ils n'ont pas besoin d'un titre de séjour. Les enfants de migrants sans papiers ont accès au dispositif de l'AME dès leur arrivée en France (sans condition de présence de trois mois), même quand leurs parents ne sont pas éligibles à l'AME. L'AME est accordée pour une année⁷⁹.

En France, les enfants peuvent être vaccinés gratuitement contre les maladies les plus courantes. Les mineurs isolés sont supposés avoir le même accès aux soins que les enfants de Français ou de personnes ayant une autorisation de séjour.

GRÈCE En théorie, les enfants de migrants sans papiers devraient avoir accès aux soins, étant explicitement exclus des dispositions de la loi interdisant l'accès aux soins des adultes sans papiers, à l'exception des urgences.

Dans la pratique, ils n'ont souvent accès qu'aux urgences. Cependant, ils peuvent être vaccinés gratuitement dans les centres de protection de la mère et de l'enfant (ceux qui n'ont pas fermé en raison de la crise).

Les mineurs isolés devraient avoir accès, quel que soit leur statut, aux mêmes soins que les enfants de migrants sans papiers, de demandeurs d'asile ou de réfugiés. Cependant, jusqu'aux récents changements politiques, les mineurs isolés pouvaient passer des mois dans des centres de rétention – partageant souvent la même cellule que les adultes.

PAYS-BAS Tous les enfants ont accès à la vaccination dans les consultations préventives de première ligne pour enfants (0-4 ans). Les enfants de demandeurs d'asile relèvent du dispositif spécifique aux demandeurs d'asile comme leurs parents. Pour les soins curatifs, les enfants de migrants sans papiers rencontrent les mêmes obstacles à l'accès aux soins que leurs parents. Il n'existe pas de disposition légale pour les enfants de citoyens de l'UE démunis n'ayant plus le droit de rester aux Pays-Bas et ne bénéficiant d'aucune couverture maladie. Les mineurs isolés n'ont pas de protection spécifique, leur accès à la santé dépend de leur situation administrative.

ROYAUME-UNI Les enfants de migrants sans papiers ont les mêmes droits aux soins que les adultes. Ils peuvent être enregistrés auprès d'un médecin généraliste et être vaccinés gratuitement, mais les soins secondaires sont payants. Dans la pratique, les enfants ne sont acceptés par les médecins généralistes que lorsqu'au moins l'un des deux parents est déjà enregistré. Les mineurs isolés demandeurs d'asile ou ayant un statut de réfugié ont accès au système de santé, ce qui signifie que, comme les demandeurs d'asile, ils sont exemptés de tous les frais.

SUÈDE La loi de juillet 2013 permet un accès complet aux soins aux enfants de migrants sans papiers de moins de 18 ans. En conséquence de quoi, et conformément au programme national de vaccination, tous les enfants de personnes disposant d'un titre de séjour, de demandeurs d'asile ou de citoyens de pays tiers sans papiers ont aujourd'hui accès gratuitement à la vaccination. La vaccination des jeunes enfants est réalisée dans le centre de santé, tandis que les enfants inscrits à l'école primaire sont vaccinés par le système de la médecine scolaire. Il y a un manque de clarté quant à l'accès à la vaccination des enfants de citoyens de l'UE sans papiers – dans la pratique, ils doivent payer tous les frais liés à la vaccination.

SUISSE Les enfants de demandeurs d'asile et de réfugiés ont une assurance santé (si leurs parents en ont une) qui comprend la vaccination. Les enfants de migrants sans papiers ont le même accès aux soins que leurs parents : que ceux-ci puissent souscrire à une assurance privée (environ 80 euros par mois), dans ce cas les enfants ont accès à la vaccination ; ou qu'ils ne puissent pas payer cette assurance, auquel cas les frais médicaux sont à leur charge. L'assurance santé des enfants est conditionnée à leur scolarisation.

TURQUIE Les demandeurs d'asile doivent faire une demande à la Fondation d'aide sociale et de solidarité pour obtenir l'accès à des soins subventionnés pour leurs enfants. Pour cela, ils doivent prouver leur absence de ressources financières et obtenir un permis de séjour leur attribuant un « numéro de citoyen ». Les enfants de migrants sans papiers n'ont pas accès aux soins. Ceux qui sont nés en Turquie peuvent être vaccinés gratuitement dans les centres de santé familiale mais ils doivent être inscrits au registre civil. Sinon, chaque vaccination coûte environ 18 euros, à ajouter aux 43 euros pour la consultation médicale.

Les mineurs isolés ayant fait une demande de protection internationale peuvent accéder aux soins dans l'attente de la décision, ceux à qui elle a été refusée n'y ont pas droit.

77 Un rapport législatif en anglais sur l'accès aux soins dans 12 pays publié en mai 2015 est disponible sur www.mdmeurope.wordpress.com.

78 Décret-loi royal 16/2012.

79 Circulaire DSS/2A no 2011-351 du 8 septembre 8 2011. Disponible sur www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_2011010_0100_0055.pdf

LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

SEXE ET ÂGE

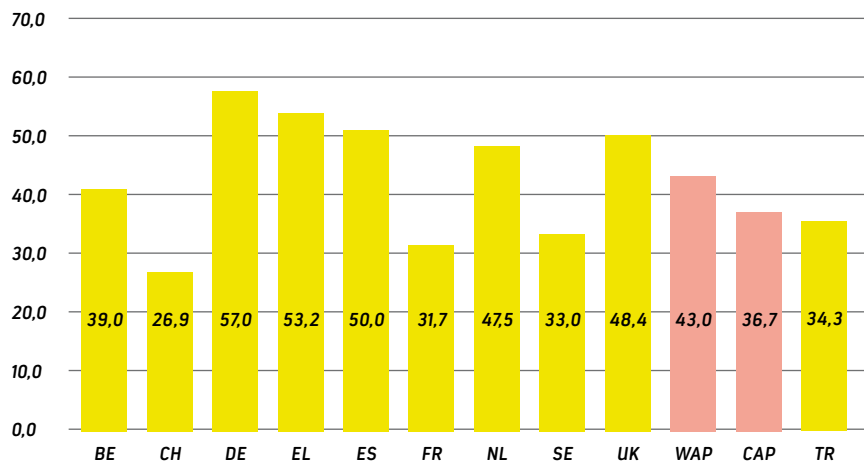
Au total, 43 % des patients rencontrés dans les programmes de MdM en Europe en 2014 sont des femmes (34,3 % à Istanbul). L'âge moyen des patients reçus est de 35,8 ans (30,8 à Istanbul) et la moitié des patients ont entre 25 et 46 ans (entre 26 et 36 ans à Istanbul).

Au total, 645 mineurs ont été reçus dans les centres de MdM, représentant 4,1 % de l'ensemble des patients (jusqu'à 5 % en Belgique et en France, 10 % en Suisse et 14 % en Grèce).

En France, le nombre de migrants mineurs isolés a aussi augmenté, la plupart se trouvant en région parisienne⁸⁰. En effet, le nombre de mineurs isolés vus par les équipes de MdM à Paris et Saint-Denis a triplé en 2014. Au moment de leur première visite à MdM, la plupart n'avaient aucune couverture maladie et la moitié vivaient dans la rue. Les problèmes psychologiques sont très courants et concernent la plupart de ces enfants, soulignant le besoin d'un soutien psychosocial et médical approprié⁸¹.

Bien qu'il existe peu de données relatives au nombre total d'enfants isolés présents en Europe ou arrivant chaque année, un nombre considérable de mineurs isolés sont arrivés en Europe depuis 2008 (les statistiques les plus fiables sont celles concernant les enfants isolés ayant déposé une demande d'asile⁸²). Compte tenu de l'augmentation constatée dans les centres européens de MdM, une question a été ajoutée pour l'enquête de 2015 afin de documenter le nombre de mineurs isolés et leur accès aux soins. Cette question sera décrite dans le prochain rapport.

PROPORTION DE FEMMES PAR PAYS D'ENQUÊTE



80 Carsin C, Emmanuelli J, Crosnier M, Pautrat C, Messias B, Debart MH, Planté S. Évaluation du dispositif relatif aux mineurs isolés étrangers mis en place par le protocole et la circulaire du 31 mai 2013. Paris : IGA, juillet 2014.

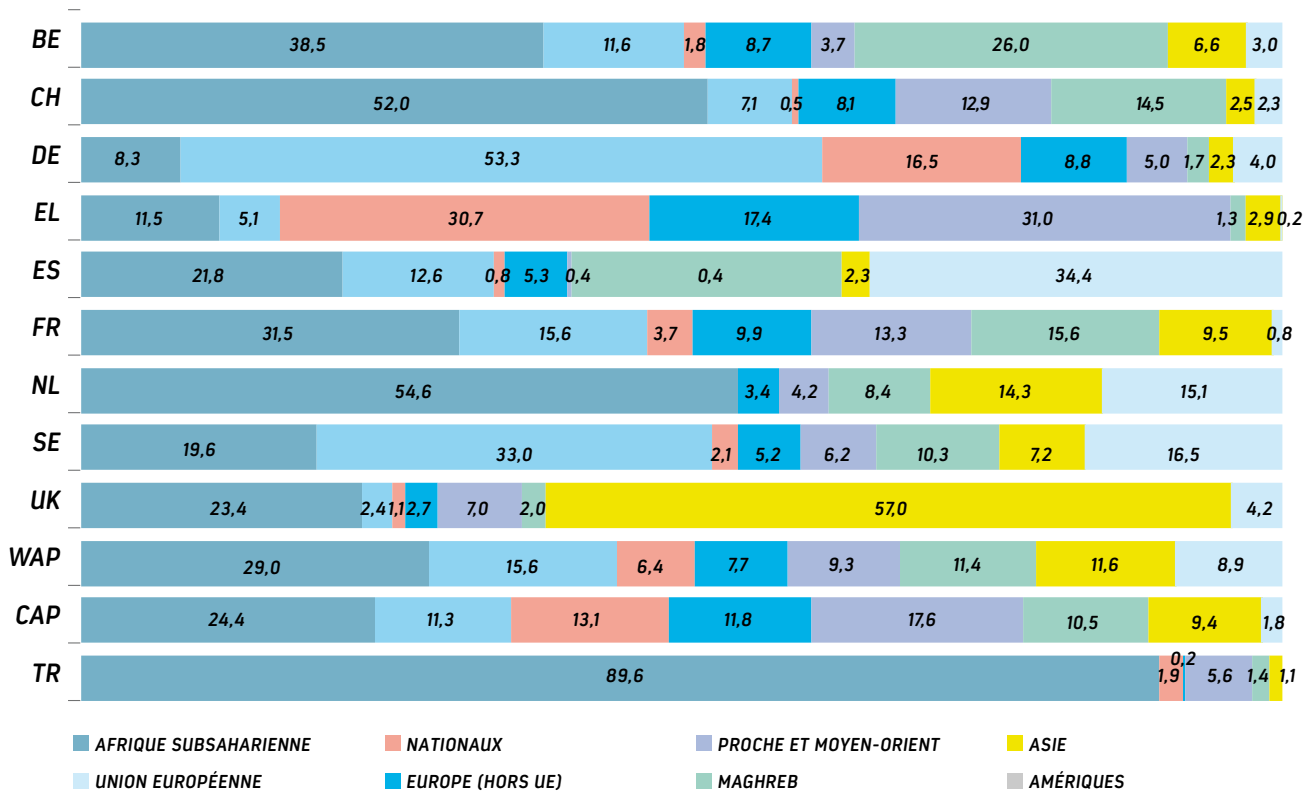
81 Informations fournies par la délégation Île-de-France.

82 Résolution du Parlement européen du 12 septembre 2013 sur la situation des mineurs isolés en Europe. (2012/2263(INI)) ; Conseil européen pour les réfugiés et les exilés. Right to justice : Quality legal assistance for unaccompanied children. Rapport comparatif, Bruxelles, 2014.

NATIONALITÉS ET ZONES GÉOGRAPHIQUES D'ORIGINE

En Europe, une majorité écrasante de patients rencontrés dans les programmes de MdM en 2014 sont de nationalité étrangère (93,6 %)⁸³.

RÉGIONS DU MONDE D'ORIGINE DES PATIENTS PAR PAYS D'ENQUÊTE (%)



M. et Mme D. sont des Syriens chrétiens. Ils vivaient à Alep avec leurs enfants, âgés de 2 et 8 ans, jusqu'à ce que la guerre et les persécutions les obligent à fuir. Ils sont arrivés à Paris (en France) en septembre 2014. En raison de la crise du logement, ils décident de quitter la région et de tenter leur chance à Nice, où ils déposent une demande d'asile auprès de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Leur demande pour intégrer un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) est refusée. En raison d'un budget insuffisant, la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) refuse de financer leur hébergement. Sans abri, la famille dort de temps à autre dans l'église arménienne.

Lorsque leur fille de 2 ans tombe malade, ils se rendent à MdM. Cela fait 24 heures qu'ils n'ont pas mangé. MdM décide alors de prendre en charge, à titre exceptionnel, quelques nuits d'hôtel pour la famille ; et alerte son réseau. La seule « solution » provient d'un particulier qui propose d'héberger la famille. Plus d'un mois après son arrivée en France, la famille D. obtient une place dans un Cada dans un autre département.

Alors que de nombreux hommes politiques dénoncent la catastrophe humanitaire en Syrie et font des déclarations sur l'accueil des réfugiés syriens en France, la famille D. aurait passé un mois dans la rue si un particulier ne lui avait offert son aide.

MdM France – Nice – Octobre 2014

83 Données manquantes : respectivement 1,5 % en Belgique, 0,3 % en Suisse, 1,1 % en Allemagne, 2,2 % en Grèce, 0,0 % en Espagne, 9,7 % en France, 3,3 % aux Pays-Bas, 1,0 % en Suède, 9,0 % au Royaume-Uni, et 2,0 % en Turquie.

Dans les neuf pays européens, les patients viennent principalement d'Afrique subsaharienne (29,0 %). Viennent ensuite l'Union européenne (15,6 %), l'Asie (11,6 %), le Maghreb (11,4 %), le Proche et Moyen-Orient⁸⁴ (9,3 %) et les Amériques (l'Amérique latine principalement) 8,9 %.

Les citoyens nationaux représentent 6,4 %. Le total de nationaux et de migrants de l'UE compte pour 22 %.

Parmi les migrants citoyens de l'UE rencontrés à MdM, 62,3 % viennent de Roumanie, ce qui correspond au grand nombre de Roms de Roumanie rencontrés par les actions mobiles de MdM (Saint-Denis, France), et orientées vers le centre de soins, d'accueil et d'orientation (n=1 035 personnes). Les Bulgares constituent le deuxième groupe le plus important de citoyens de l'UE (14,8 %), suivi par les migrants polonais, portugais, espagnols et italiens.

Les nationalités les plus fréquemment rencontrées varient selon les endroits : l'Afrique (comprenant le Maghreb) reste le principal continent d'origine des patients vus en Belgique et en France, tandis qu'il s'agit de l'Asie pour les patients vus à Londres. En Grèce, les citoyens grecs arrivent en premier, suivi par des personnes venant du Proche et du Moyen-Orient. En Allemagne, les migrants ressortissants de l'UE arrivent en premier, suivis par les citoyens allemands.

TOP 10 DES NATIONALITÉS ENREGISTRÉES LE PLUS FRÉQUEMMENT, PAR PAYS

<i>BE</i>	<i>NB.</i>	<i>CH</i>	<i>NB.</i>	<i>DE</i>	<i>NB.</i>	<i>ES</i>	<i>NB.</i>
Maroc	473	Érythrée	93	Bulgarie	156	Maroc	51
RDC	189	Syrie	36	Allemagne	90	Roumanie	24
Guinée	152	Maroc	22	Roumanie	53	Nicaragua	17
Cameroun	118	Cameroun	21	Hongrie	13	Nigeria	12
Roumanie	96	Tunisie	17	Serbie	11	Venezuela	10
Algérie	85	Algérie	17	Pologne	11	Sénégal	9
Nigeria	64	Nigeria	16	Nigeria	9	Cameroun	9
Sénégal	51	Somalie	14	Espagne	9	Algérie	8
Mongolie	45	Portugal	10	Croatie	9	Guinée	7
Bulgarie	43	Espagne	10	Afghanistan	9	Argentine	7
<i>EL</i>	<i>NB.</i>	<i>FR</i>	<i>NB.</i>	<i>NL</i>	<i>NB.</i>	<i>SE</i>	<i>NB.</i>
Grèce	2212	Roumanie	1035	Nigeria	25	Roumanie	24
Afghanistan	1497	Pakistan	929	Ghana	14	Maroc	6
Albanie	883	Côte d'Ivoire	572	Suriname	9	Ghana	5
Syrie	424	Inde	529	Indonésie	7	Nigeria	4
Nigeria	244	Tunisie	457	Maroc	4	Sénégal	3
Géorgie	212	Mali	457	Érythrée	4	Pérou	3
Bulgarie	212	Maroc	393	Somalie	3	Géorgie	3
Somalie	181	Algérie	392	Sierra Leone	3	Gambie	3
Bangladesh	174	Cameroun	283	Philippines	3	Bolivie	3
Pakistan	122	Moldavie	277	Équateur	3	Bangladesh	3
<i>UK(1)</i>	<i>NB.</i>	<i>UK(2)</i>	<i>NB.</i>	<i>TR(1)</i>	<i>NB.</i>	<i>TR(2)</i>	<i>NB.</i>
Philippines	179	Nigeria	50	Sénégal	141	Guinée	38
Inde	164	Vietnam	41	Nigeria	115	Ouganda	36
Bangladesh	160	Pakistan	37	RDC	102	Gambie	29
Ouganda	130	Sri Lanka	33	Cameroun	102	Afghanistan	24
Chine	115	Brésil	31	Côte d'Ivoire	53	Ghana	20

⁸⁴ Dans ce rapport, le Moyen-Orient comprend l'Afghanistan, l'Égypte, l'Iran, l'Irak, la Jordanie, le Kazakhstan, le Kurdistan, le Koweït, le Liban, le Pakistan, la Palestine, la Syrie, les Émirats arabes unis et le Yémen.

DURÉE DE SÉJOUR DES ÉTRANGERS DANS LE PAYS D'ENQUÊTE

En moyenne, en Suisse, Allemagne, Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, les patients étrangers vivent dans le pays depuis 6,5 ans ; la moitié d'entre eux sont présents depuis trois à huit ans. Cela montre encore une fois à quel point la migration pour soins est un mythe, les patients étant présents en Europe depuis de longues périodes lorsqu'ils viennent pour la première fois consulter dans un centre de MdM.

RAISONS DE MIGRATION

Comme en 2013, dans les pays européens, les raisons ayant motivé la migration le plus souvent citées sont, de façon écrasante, les raisons économiques⁸⁵ (50,2 %), politiques (19,3 % au total, dont 8,9 % pour fuir la guerre) et familiales (que ce soit pour rejoindre ou suivre quelqu'un : 14,6 %, ou pour fuir des conflits familiaux, 7,8 %).

Comme chaque année, les raisons de santé sont extrêmement rares (3,0 % en Europe, taux similaire à ceux de 2008, 2012 et 2013⁸⁶, 0,9 % en Turquie). Il n'y a pas de corrélation entre le nombre de personnes ayant émigré entre autres pour des raisons de santé, et le degré de restriction et d'obstacles à l'accès aux soins dans le pays « d'accueil ». Cela est une preuve supplémentaire pour déconstruire le mythe de la migration pour soins.

RAISONS DE MIGRATION PAR PAYS (%)

	CH	DE	EL	ES	NL	SE	UK	WAP	CAP	TR
POUR DES RAISONS ÉCONOMIQUES, NE POUVAIT PAS GAGNER SA VIE DANS SON PAYS	19,7	67,7	72,7	70,5	36,8	52,6	39,6	51,4	50,2	69,1
RAISONS POLITIQUES, RELIGIEUSES, ETHNIQUES, D'ORIENTATION SEXUELLE	45,2	5,4	13,3	8,5	26,3	26,3	23,4	21,2	19,3	28,1
POUR FUIR LA GUERRE	58,0	5,4	14,4	3,1	3,5	0,0	4,6	12,7	8,9	13,3
POUR RETROUVER OU SUIVRE QUELQU'UN	14,6	26,9	5,7	13,2	14,9	5,3	12,8	13,3	14,6	3,3
À CAUSE DE CONFLITS FAMILIAUX	5,1	3,5	2,7	6,6	12,3	5,3	10,8	6,6	7,8	2,2
POUR ASSURER L'AVENIR DE VOS ENFANTS	0,6	6,4	4,2	4,3	0,9	7,0	3,3	3,8	3,8	0,0
POUR DES RAISONS PERSONNELLES DE SANTÉ	0,6	3,5	1,9	5,8	7,0	0,0	2,6	3,1	3,0	0,9
POUR FAIRE DES ÉTUDES	0,0	3,1	0,4	1,9	0,9	3,5	6,1	2,3	3,8	2,0
AUTRE	4,5	11,1	9,8	4,7	6,1	10,5	17,9	9,2	12,9	2,9
TOTAL	148,3	133	125,1	118,6	108,7	110,5	121,1	123,6	124,3	121,8
DONNÉES MANQUANTES^A	60,3	19,4	60,8	1,5	7,3	41,8	14,7	29,4	21,8	7,8

A. Plusieurs réponses étaient possibles - En France la question n'a pas été posée, en Belgique, le taux de réponse était trop faible.

⁸⁵ Les raisons économiques correspondent à la question : Pourquoi avez-vous quitté votre pays ? Pour des raisons économiques ? Parce que vous n'avez aucune perspective/aucun moyen de gagner de quoi vivre dans votre pays ?

⁸⁶ En 2008, 2012 et 2013, respectivement 6,0 %, 1,6 % et 2,3 % des personnes ont cité la santé comme l'une des raisons ayant motivé la migration.

« Nous avons dû rouler longtemps en pleine campagne jusqu'à un endroit situé près de Saint-Omer pour visiter le dernier et le plus choquant des campements où entre 20 et 30 Syriens vivaient dans un fossé. Alors que nous marchions sous la pluie et pataugions dans la boue le long d'un chemin reculé, il était impossible de croire que quiconque puisse vivre là. À notre gauche s'étendaient des champs cultivables, qui n'étaient plus que de la boue, et à notre droite des buissons menaient à un long fossé en contrebas. J'ai dû remonter mon pantalon jusqu'aux genoux pour ne pas être couvert de boue et j'ai pensé que je devais avoir l'air stupide. Lorsque nous sommes arrivés plus près, un groupe de jeunes garçons accompagnés d'un adulte est apparu. Reconnaisant notre logo (MdM), ils sont venus se réfugier sous notre parapluie. Seul l'adulte s'est adressé à nous, il venait d'Alep, comme les garçons, les pieds nus dans leurs chaussures pleines de boue. J'ai arrêté de penser à mon pantalon.

Les garçons avaient entre 10 et 15 ans, et étaient couverts de boue, tous vivaient là sans leur famille. Celui de 10 ans se grattait à cause de la gale. Ils m'ont conduit sous une bâche dans le fossé, près d'un petit feu. Ils campaient dans cet endroit perdu parce que non loin se trouvait une station-service, où ils pourraient tenter de monter à bord d'un camion.

"Il y a tellement de choses que nous n'avons pas ici, mais c'est tout de même mieux qu'à Alep. Et nous ne resterons pas longtemps ici", m'a dit l'adulte. Mon collègue français m'a dit plus tard que c'était une croyance répandue, peut-être nécessaire, et que généralement cela prenait plusieurs mois pour traverser la Manche. Comment est-il possible que des enfants puissent vivre pendant de longues périodes au milieu d'un fossé boueux, dans un pays supposé civilisé comme la France ? »

Témoignage de MdM UK en France – Calais – Saint-Omer – Novembre 2014



© JOSÉ SALVADOR GUTIERREZ

Enfin, il n'y a pas de différence significative entre les proportions de migration pour soins chez les citoyens de l'UE et chez les autres migrants, les deux étant très faibles (respectivement 2,9 % et 2,5 %, $p=0,68$). En revanche, les raisons de migration les plus fréquentes sont très différentes pour les deux groupes : les citoyens de l'UE migrent principalement pour des raisons économiques (81,8 %) et familiales (pour retrouver ou suivre quelqu'un : 22,2 %), alors que les ressortissants extra-européens ont migré pour les quatre raisons principales citées plus haut.

John, 25 ans, vient d'Érythrée. Il n'arrête jamais de sourire quand il parle. Un sourire qui masque l'épuisement dû à un long parcours et tout ce dont il ne veut pas parler...
« Je suis né en Érythrée, je suis parti au Soudan puis en Ouganda. J'ai beaucoup voyagé. En 2008, j'ai obtenu un diplôme en statistiques. En Ouganda, j'ai travaillé et j'ai gagné environ 6 000 dollars pour partir. Je savais que c'était dur en France, mais pas à ce point. En Angleterre, j'aimerais reprendre mes études et ouvrir mon propre cabinet d'études. »

MdM France – Calais – 2014

RAISONS DE MIGRATION : COMPARAISON ENTRE CITOYENS DE L'UE (SAUF NATIONAUX) ET AUTRES MIGRANTS (%)

	CITOYENS DE L'UE (N=418)	AUTRES (N=3082)	P
POUR DES RAISONS ÉCONOMIQUE, NE POUVAIT PAS GAGNER SA VIE DANS SON PAYS	81,8	48,3	<0,001
RAISON POLITIQUES, RELIGIEUSES, ETHNIQUES, D'ORIENTATION SEXUELLE	1,2	24,9	<0,001
POUR FUIRE LA GUERE	0,5	10,6	<0,001
POUR RETROUVER OU SUIVRE QUELQU'UN	22,2	11,6	<0,001
À CAUSE DE CONFLITS FAMILIAUX	3,3	7,0	0,004
POUR ASSURER L'AVENIR DE VOS ENFANTS	6,0	2,5	<0,001
POUR DES RAISONS PERSONNELLES DE SANTÉ	2,9	2,5	0,68
POUR FAIRE DES ÉTUDES	2,4	3,9	0,14
AUTRES	5,0	11,5	<0,001
TOTAL	125,3	122,8	



@SARAH ALCALAY

SITUATION ADMINISTRATIVE

La majorité (66,0 %) des patients vus dans les centres de MdM dans les neuf pays européens n'ont pas d'autorisation de séjour : 56,7 % des ressortissants de pays non européens et 9,3 % des citoyens de l'UE (présents dans le pays depuis plus de trois mois et n'ayant pas les ressources financières suffisantes et/ou une couverture maladie valide). 63,2 % des citoyens de l'UE et 66,2 % des citoyens extra-européens n'ont pas d'autorisation de séjour dans le pays où ils ont été interrogés ($p < 0,001$).

Depuis l'adoption de la directive 2004/38/CE⁸⁷ du Parlement européen relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement, les citoyens de l'UE ne disposant pas de ressources suffisantes et d'une assurance maladie n'ont plus le droit de séjourner dans un pays européen autre que le leur. L'article 7 de la directive énonce clairement : « Tout citoyen de l'Union a le droit de séjourner sur le territoire d'un autre État membre pour une durée de plus de trois mois [...] s'il dispose, pour lui et pour les membres de sa famille, de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'État membre d'accueil au cours de son séjour, et d'une assurance maladie complète dans l'État membre d'accueil. »

Avec comme conséquence le fait que les citoyens de l'UE installés depuis plus de trois mois dans un État membre d'accueil ne disposant pas de ressources suffisantes ou de couverture maladie se retrouvent dans la même situation que les migrants sans papiers extra-européens. La Belgique et la France ont élargi leur dispositif de couverture maladie spécifique aux migrants sans papiers pour inclure les citoyens de l'Union sans autorisation de séjour. Comme les migrants sans papiers, les citoyens de l'UE ayant perdu leur autorisation de séjour peuvent également faire l'objet de procédures d'expulsion (plus restreintes cependant que pour les citoyens extra-européens).

La proportion moyenne de personnes sans titre de séjour masque les grandes disparités d'un pays à l'autre : les taux les plus bas se trouvent en Suisse (16,8 %), en Grèce (17 %) et en Allemagne (38,1 %). À l'opposé, 94,2 % des patients vus aux Pays-Bas⁸⁸, 83,9 % de ceux vus



EN FRANCE, L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT EST UN DISPOSITIF SPÉCIFIQUE ACCORDANT AUX MIGRANTS SANS PAPIERS UNE COUVERTURE MÉDICALE TOTALE, SOUS CERTAINES CONDITIONS ADMINISTRATIVES. L'AIDE DES ACCUEILLANTS SOCIAUX EST PRÉCIEUSE ! - PARIS - FRANCE - 2014

en Belgique, 67,9 % de ceux vus en France⁸⁹ et 63,5 % de ceux vus en Espagne sont dans cette situation.

En Allemagne, 29,1 % des patients sont des citoyens de l'UE n'étant plus autorisés à rester (contre un taux moyen de 8 % pour les autres pays). De plus, 18,2 % des patients sont des citoyens de l'UE arrivés dans le pays depuis moins de trois mois (contre moins de 3 % dans les autres pays, à l'exception de la Suède) et 5,0 % sont des citoyens de l'UE avec une autorisation de séjour. L'Allemagne est le pays avec la plus grande proportion de citoyens de l'UE (sans compter les Allemands), ce qui reflète peut-être l'attractivité économique de ce pays dans une Europe en crise.

En Grèce, l'écrasante majorité de patients a le droit de séjourner dans le pays (83 %). Cela est dû au grand nombre de Grecs et d'étrangers n'ayant pas besoin d'un titre de séjour (37,4 %), au nombre d'étrangers avec un titre de séjour (20,9 %) et aux demandeurs d'asile (11 %).

En Espagne, 25,9 % des patients sont des ressortissants extra-européens avec un titre

de séjour valide (contre moins de 6 % dans la plupart des autres pays). Cela est dû au chômage massif et aux problèmes économiques qui touchent le pays (et qui ont essentiellement affecté les immigrés).

En Suisse, une grande majorité de patients sont demandeurs d'asile (71,5 %), contrastant avec les autres pays concernés par l'enquête (les demandeurs d'asile représentent 15,3 % du total des patients vus à Londres et 13,4 % en France). Le principal programme mené en Suisse cible en effet les demandeurs d'asile hébergés dans trois structures du canton de Neuchâtel, qui comptent pour la majorité des patients.

En Suède, 47,3 % des patients sont sans autorisation de séjour ; un quart sont des citoyens de l'UE présents depuis moins de trois mois et 14,3 % ont une autorisation de séjour dans un autre pays d'Europe.

À Londres, 57,5 % des patients rencontrés au centre sont des étrangers sans autorisation de séjour et 15,3 % sont des demandeurs d'asile ; 11,8 % ont un visa (la plus grande proportion observée dans un pays européen).

À Istanbul, 63,2 % des patients n'ont pas d'autorisation de séjour ; 16,0 % sont demandeurs d'asile et 12,4 % sont des migrants récemment arrivés (depuis moins de 90 jours).

87 Cette directive a été effectivement transposée dans la législation de tous les États membres de l'UE autour de 2008. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004L0038&from=FR>

88 Aux Pays-Bas, le programme est spécifiquement tourné vers les migrants sans papiers extra-européens.

89 En Belgique et en France, l'accès des migrants sans papiers à une couverture maladie individuelle s'ils sont sans ressources (à travers l'AME en France et l'AMU en Belgique) reste très complexe. Les patients avec un titre de séjour sont généralement orientés vers le système de droit commun avant d'avoir été reçus dans une consultation sociale ou médicale.

SITUATION ADMINISTRATIVE PAR PAYS (%)

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	NL	SE	UK	WAP	CAP	TR
RESSORTISSANT EXTRA-EUROPÉEN NON AUTORISÉ À RESTER	70,5	15,4	9,0	14,3	54,9	59,1	94,2	26,4	57,5	44,6	56,7	61,2
RESSORTISSANT UE NON AUTORISÉ À RESTER ^A	13,4	1,4	29,1	2,7	8,6	8,8	0,0	20,9	0,5	9,5	9,3	2,0
TOTAL SANS AUTORISATION DE SÉJOUR	83,9	16,8	38,1	17,0	63,5	67,9	94,2	47,3	58,0	54,1	66,0	63,2
N'A PAS BESOIN DE TITRE DE SÉJOUR (RESSORTISSANTS NATIONAUX) ^{B C}	1,8	0,6	17,2	37,4	0,8	5,0	0,0	2,2	1,0	7,3	4,7	1,8
DEMANDEUR D'ASILE (DEMANDE OU RECOURS EN COURS)	3,9	71,5	3,2	11,0	2,4	13,4	2,5	3,3	15,3	14,1	12,7	16,0
TITRE DE SÉJOUR VALIDE	1,8	6,1	4,4	20,9	25,9	3,9	2,5	1,1	1,1	7,5	4,0	2,6
RESSORTISSANT UE PRÉSENT DEPUIS MOINS DE 3 MOIS (PAS BESOIN DE TITRE DE SÉJOUR) ^D	2,4	3,1	18,2	3,8	1,2	2,1	0,0	24,2	1,3	6,3	3,0	10,6
VISA DE TOUS TYPES ^D	1,4	0,6	7,6	0,5	2,8	2,8	0,0	2,2	11,8	3,3	3,6	1,3
RESSORTISSANT UE AUTORISÉ À RESTER ^E	2,8	0,3	5,0	2,7	2	1,5	0,0	2,2	0,3	1,9	1,7	0,1
TITRE DE SÉJOUR DANS UN AUTRE PAYS EUROPÉEN	1,0	0,3	3,4	1,6	0,4	1,4	0,0	14,3	0,4	2,5	1,4	0,1
SITUATIONS SPÉCIFIQUES DONNANT UN DROIT AU SÉJOUR ^F	0,4	0,6	1,8	0,5	1,2	2,0	0,0	0,0	3,3	1,1	1,7	0,7
TOTAL AVEC AUTORISATION DE SÉJOUR	15,5	83,1	60,8	83,0	36,7	32,1	5,0	49,5	34,5	42,9	34,0	33,2
NE SAIT PAS	0,5	0,3	1,2	4,4	0,0	0,0	0,8	3,3	7,6	2,0	1,2	3,5
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
DONNÉES MANQUANTES	7,1	9,4	4,8	73,0	2,7	32,6	1,6	7,1	8,8	16,3	23,6	4,3

A. Sans ressources suffisantes et/ou couverture maladie.

B. En France, les mineurs étrangers n'ont pas besoin d'un titre de séjour et font donc partie de cette catégorie.

C. Ou situation équivalente (arrivés récemment < 90 jours).

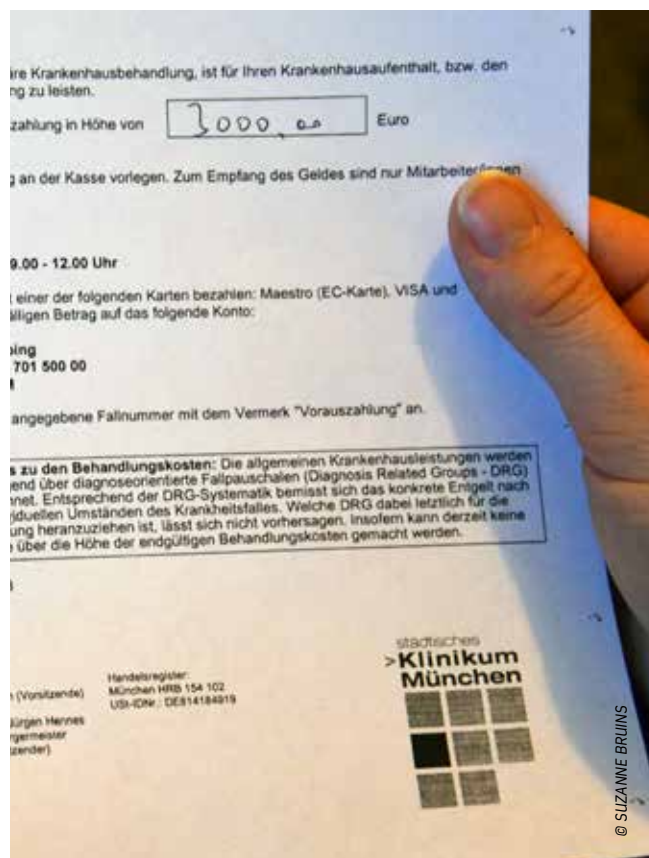
D. Tourisme, court séjour, étudiant, travail.

E. Ressources suffisantes et une assurance maladie valable.

F. Dont la protection subsidiaire/à titre humanitaire.

Au total, dans les neuf pays européens, **43,4 % des citoyens extra-européens sont ou ont été concernés par une demande d'asile (N=4 410)**. Seule une très petite partie des demandeurs d'asile s'étaient vu accorder le statut de réfugié (5,6 %) tandis que 4 sur 10 étaient déjà déboutés du droit d'asile au moment de l'enquête (39,6 %).

Enfin, les personnes affectées par les règlements Dublin III/Eurodac⁹⁰ sont relativement peu nombreuses (entre 1 % et 3 %), excepté à Stockholm et Munich, où elles représentent respectivement 10,5 % et 10,3 % du total.



ACOMPTE STANDARD DE 3 000 EUROS DEMANDÉ AUX PATIENTS SANS ASSURANCE SANTÉ POUR ÊTRE SOIGNÉ OU OPÉRÉ À L'HÔPITAL – MDM ALLEMAGNE – 2014

90 Le règlement Dublin III fixe les critères et mécanismes permettant de déterminer l'État membre responsable de l'examen d'une demande d'asile déposée dans l'un des États membres par un ressortissant d'un pays tiers ou une personne apatride (www.asylumlawdatabase.eu). Eurodac est la base de données centrale informatisée de reconnaissance d'empreintes digitales, ainsi que le système électronique de transmission des données entre les États membres et cette base de données.

LES CONDITIONS DE VIE

Comme chaque année, une grande majorité de patients se rendant dans les centres de MdM se trouvent confrontés à de multiples facteurs de vulnérabilité d'ordre social, qui sont autant de déterminants de leur mauvais état de santé.

CONDITIONS DE LOGEMENT

Au total, dans les sept pays européens où la question a été posée, **64,7 % des patients vivent dans des logements instables ou temporaires**⁹¹ (cela est particulièrement fréquent en Suisse, en Suède et au Pays-Bas)⁹². Ce taux est de 63,0 % à Istanbul⁹³.

Parmi les patients vus dans les huit pays européens (en Grèce², la question n'a pas été posée), **9,7 % sont sans abri** (jusqu'à 20,0 % à Stockholm) et **16,4 % sont hébergés depuis plus de quinze jours par une organisation** (jusqu'à 83,0 % en Suisse, où la plupart des patients sont rencontrés dans des centres pour demandeurs d'asile).

L'hébergement par un membre de la famille ou des amis constitue le premier type de logement cité (38,8 %, jusqu'à 62,6 % en France) suivi par le logement personnel (29,5 %), ce qui ne signifie pas toujours que le logement est stable et/ou non surpeuplé. À Istanbul 75,2 % des patients vivent dans leur propre appartement ou maison ; comme en 2013, les personnes sans abri y sont extrêmement rares.

29,5 % des patients interrogés en Europe⁹⁴ considèrent leur logement comme néfaste pour leur santé ou celle de leurs enfants. À Istanbul, ce taux atteint 57,9 %⁹⁵.



POUR RÉPONDRE AUX BESOINS EN HÉBERGEMENT DES NOMBREUX DEMANDEURS D'ASILE EN 2014, DES ABRIS NUCLÉAIRES ONT ÉTÉ OUVERTS DANS LE CANTON DE NEUCHÂTEL, EN SUISSE

Bilal est âgé de 38 ans. Originaire du Soudan, il est sans papiers et ne peut ni bénéficier d'une couverture maladie ni travailler. Après des années de procédures, sa demande d'asile a été refusée et il a dû quitter le centre de demandeurs d'asile. Après avoir vécu dans la rue, il a rejoint un groupe d'une centaine d'ex-demandeurs d'asile sans domicile, contraints de squatter une église et des immeubles de bureaux. Il vit actuellement dans un immeuble de bureaux abandonné avec de très petits espaces. Les fenêtres de l'immeuble ne s'ouvrent pas et il n'y a pas de chauffage. Il y a une seule douche, et pas d'eau chaude. Le groupe dépend de la charité des voisins et des bénévoles pour la nourriture et les produits de première nécessité.

Bilal souffre de diabète et est insulino-dépendant depuis ses 10 ans. Avant d'être débouté du droit d'asile, il avait accès au traitement. Lorsque MdM a rencontré Bilal, il était très malade, avec un taux de sucre dans le sang extrêmement élevé. Grâce à l'intervention de MdM, Bilal voit un médecin généraliste et possède un petit réfrigérateur avec de l'insuline et des seringues. Il se rend aussi régulièrement à l'hôpital où il est suivi par un spécialiste du diabète.

MdM Pays-Bas – Amsterdam – Novembre 2014

91 La notion de logement instable est donnée par les patients, lorsqu'ils ne peuvent pas être sûrs de s'y maintenir – c'est leur propre perception de la précarité de leur logement qui importe.

92 La question n'a pas été posée en Belgique et en Grèce. Dans les autres pays, les données manquantes représentent : 14,7 % en Suisse, 4,2 % en Allemagne, 1,5 % en Espagne, 34,7 % en France, 13,0 % aux Pays-Bas, 4,1 % en Suède et 8,8 % au Royaume-Uni.

93 Taux de réponse respectifs de 82,1 % et 96,8 %.

94 Données manquantes : 65,1 % en Suisse, 41,8 % en Allemagne, 20,6 % en Grèce, 11,8 % en Espagne, 27,6 % aux Pays-Bas, 16,3 % en Suède, 69,6 % au Royaume-Uni.

95 Taux de réponse de 95,0 %.



PERAMA : LES PARENTS DE CES ENFANTS, ÂGÉS DE 3 À 7 ANS, SONT SANS EMPLOI, DE NATIONALITÉ GRECQUE, ILS DISPOSAIENT DE REVENUS SUFFISANTS POUR SUBVENIR AUX BESOINS DE PREMIÈRE NÉCESSITÉ (LOGEMENT ET NOURRITURE) AVANT QUE LEURS CONDITIONS DE VIE NE SE DÉGRADENT DRAMATIQUEMENT AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES. ILS N'ONT PLUS NI EAU NI ÉLECTRICITÉ, ET DOIVENT SE DÉBROUILLER AVEC UNE BATTERIE DE VOITURE, QUI CONSTITUE LEUR SEULE SOURCE D'ÉNERGIE.

ACTIVITÉS ET REVENUS

Une légère majorité de personnes fréquentant les centres de MdM en Europe n'ont pas d'autorisation de séjour et donc pas d'autorisation de travail. Il n'est ainsi pas surprenant que seules 21,9 % d'entre elles déclarent exercer une activité pour gagner leur vie dans huit pays européens (la question n'a pas été posée en Belgique)⁹⁶.

Presque toutes les personnes concernées par l'enquête dans les huit pays européens (91,3 %) vivent sous le seuil de pauvreté⁹⁷ (moyenne calculée à partir des revenus des trois derniers mois, prenant en compte toutes les sources de revenu⁹⁸).

ISOLEMENT SOCIAL

Lorsqu'elles sont interrogées sur la question du soutien moral⁹⁹, une personne sur deux déclare ne jamais pouvoir ou rarement pouvoir compter

96 Données manquantes : 63,5 % en Suisse, 33,1 % en Allemagne, 19,7 % en Grèce, 11,1 % en Espagne, 50,6 % en France, 45,5 % aux Pays-Bas, 12,0 % en Suède, 56,1 % au Royaume-Uni, 4,9 % en Turquie.

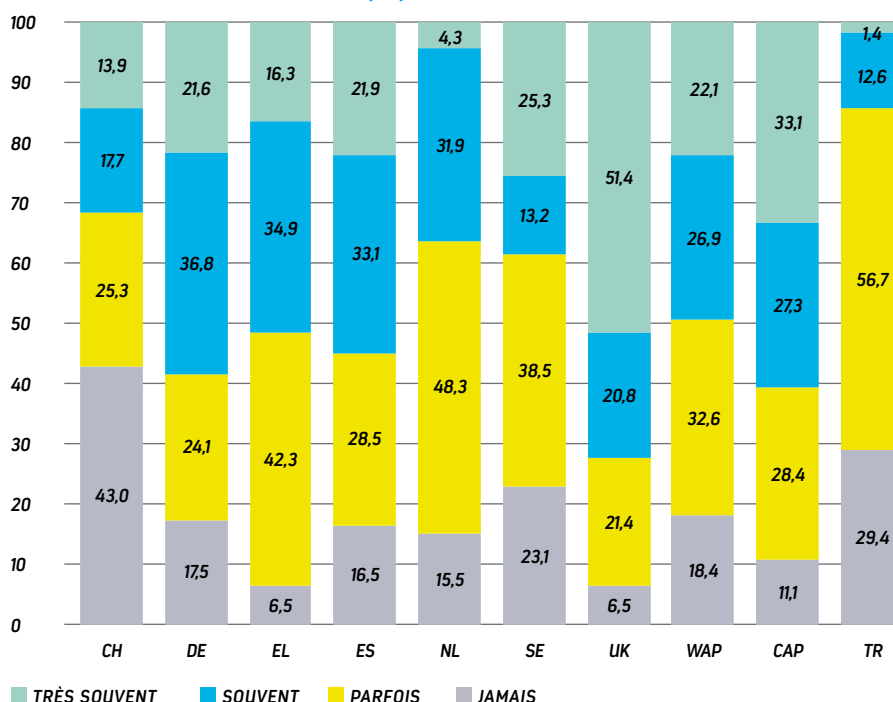
97 Il n'a pas été demandé aux personnes répondant au questionnaire de communiquer le nombre de personnes vivant grâce à leurs ressources. Si ces dernières avaient été incluses, le taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté aurait été bien plus important et pourrait dans les faits représenter l'ensemble des patients vus par MdM.

98 Données manquantes : 67,3 % en Suisse, 15,4 % en Allemagne, 20,8 % en Grèce, 3,1 % en Espagne, 64,8 % en France, 4,9 % aux Pays-Bas, 9,2 % en Suède, 13,3 % au Royaume-Uni, 8,4 % en Turquie.

99 Malheureusement, la question n'a pas été posée en Belgique et en France. Les données manquantes sont très fréquentes en Suisse (80,0 %). Dans les autres pays, les données manquantes constituent : 24,1 % en Allemagne, 21,8 % en Grèce, 0,8 % en Espagne, 5,7 % aux Pays-Bas, 7,1 en Suède, 13,2 % au Royaume-Uni, et 7,1 % en Turquie.

sur quelqu'un pour la soutenir en cas de besoin : 18,4 % des patients vus dans sept pays européens répondent qu'ils n'ont personne sur qui compter ou vers qui se tourner quand le besoin s'en fait sentir et un tiers (32,6 %) répondent qu'ils peuvent obtenir un soutien seulement de temps en temps. À Istanbul, 86,1 % des patients sont isolés : 29,4 % disent ne pouvoir compter sur personne pour un soutien moral et 56,7 % déclarent pouvoir le faire de façon occasionnelle uniquement. Dans l'ensemble, les hommes déclarent être isolés et sans soutien plus souvent que les femmes (p<0.01).

POSSIBILITÉ DE POUVOIR COMPTER SUR QUELQU'UN SI NÉCESSAIRE PAR PAYS (%)



Karl a 40 ans, il vient d'une minorité allemande de Roumanie : « Je suis arrivé de Roumanie il y a environ un mois. J'y travaillais comme agent de sécurité. Le problème est qu'on vous dit que vous allez gagner 400 euros par mois, mais en réalité ce n'est pas vrai. Je gagnais seulement 180 euros par mois ! J'avais une assurance santé là-bas, par mon travail, ce qui était une bonne chose. Mais quand j'ai perdu mon travail, j'ai aussi perdu mon assurance. Mon cousin m'avait dit qu'il y avait un travail pour moi ici, mais lorsque je suis arrivé, il n'était plus disponible. Maintenant que je suis ici j'aimerais tenter ma chance. Mais c'est un cercle vicieux : je dois avoir une adresse enregistrée à la mairie pour avoir un travail, mais pour avoir une adresse il faut un logement, qui nécessite d'avoir de l'argent. Je dois à chaque fois faire une demande pour avoir une place pour dormir, et c'est très difficile dans ces conditions de trouver du travail. J'ai entendu parler de votre association par un autre centre pour sans-abri à Munich. Ils m'ont dit que je devais passer des radios, mais ils n'avaient pas de médecins pour le faire gratuitement. Ils m'ont dit que vous pourriez m'aider. J'ai une bronchite depuis deux jours. Je n'en avais jamais eu avant. Je vis dans un endroit où je partage une chambre avec 16 personnes, et ils ne sont pas en très bonne santé. Je pense que mes conditions de vie sont en train d'affecter ma santé. »

MdM Allemagne – Munich – Décembre 2014

ACCÈS AUX SOINS

LA COUVERTURE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Deux tiers (62,9 %) des patients interrogés en Europe n'ont pas de couverture maladie lorsqu'ils se rendent pour la première fois dans un programme de MdM.

COUVERTURE DES DÉPENSES DE SANTÉ PAR PAYS (%)

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	NL	SE	UK	WAP	CAP	TR
AUCUNE PRISE EN CHARGE ^A /DOIT TOUT PAYER	91,9	15,9	73,6	85,1	62,0	92,3	14,0	48,7	82,7	62,9	85,5	98,7
A UNE COUVERTURE MALADIE TOTALE ^B	5,1	74,9	4,7	5,6	33,7	4,1	3,5	5	4,7	15,7	7,6	0,1
A UNE COUVERTURE MALADIE PARTIELLE ^C	0,3	7,9	3,1	9,1	3,1	2,2	82,5	28,7	0,0	15,2	3,2	0,8
DROITS DANS UN AUTRE PAYS EUROPÉEN	1,5	1,3	15,5	0,2	0,0	1,4	0,0	15,0	0,0	3,9	1,9	0,0
ACCÈS SOIN PAR SOIN	1,1	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,6	0,4	0,0
ACCÈS GRATUIT MÉDECINE GÉNÉRALE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,0	1,1	1,0	0,4
ACCÈS PAYANT SOINS 2 ^E LIGNE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	3,6	0,6	0,4	0,0
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
DONNÉES MANQUANTES(%)	6,1	3,3	1,9	36,2	2,7	33,6	7,3	18,4	17,0	14,1	23,1	9,5

A. Comprend les personnes sans couverture/devant tout payer et celles ayant accès uniquement aux urgences.

B. Pour autant que cela existe dans le pays, ce qui signifie que certains coûts peuvent être à la charge des patients.

C. Comprenant les personnes devant payer une partie du coût des consultations de médecine générale.

À Londres, presque tous les patients (82,7 %) n'ont aucun accès au système de santé national lorsqu'ils viennent pour la première fois dans un centre de MdM : ils n'ont pas pu s'enregistrer auprès d'un médecin généraliste, porte d'entrée du système de santé. Cela dans un contexte politique où le gouvernement remet de plus en plus en question l'accès aux soins des migrants. Seuls 9,0 % ont accès gratuitement à la médecine générale.

Le taux de patients sans couverture maladie est particulièrement élevé en France (92,3 %) et en Belgique (91,9 %). Ces taux s'expliquent principalement par le fait que les centres concernés (Nice, Saint-Denis, Bruxelles et Anvers) acceptent seulement les patients sans couverture maladie effective : les personnes bénéficiant d'une couverture maladie sont réorientées vers le système de droit commun. Dans les deux pays, en théorie, les migrants sans papiers ont des conditions d'accès aux soins relativement favorables ; dans la pratique, cependant, les obstacles administratifs et le temps nécessaire aux procédures d'obtention et de renouvellement de l'AME comme de l'AMU augmentent le nombre de situations et de périodes où ils n'ont pas de couverture maladie effective.

Zoé est une femme marocaine de 60 ans. Elle vit chez sa sœur en Belgique, où elle n'a pas de titre de séjour. Zoé vient à MdM pour une consultation de routine, anticipant les éventuels problèmes dus à son âge. Elle explique combien c'est difficile d'attendre dehors dans le froid pendant des heures avec les autres patients qui n'ont pas accès au système de santé. Elle ne veut pourtant pas reporter la visite et attendre jusqu'à ce qu'il soit trop tard. Un temps, Zoé a eu l'Aide médicale d'urgence (AMU, destinée aux migrants sans papiers), mais elle devait la renouveler trop souvent, et il était de plus difficile de se rendre au CPAS à chaque fois. Zoé résume l'absurdité de la situation : « Pourquoi ne font-ils pas des cartes médicales pour au moins un an ? Les cartes sont valables 15 jours. Si on ne tombe pas malade pendant ces 15 jours, elles ne servent à rien. Quand on est malade, il faut se soigner d'urgence, alors qu'obtenir une carte prend du temps. C'est quoi une urgence, pour eux ? »

Zoé aimerait travailler pour contribuer aux dépenses de la famille : « Il est possible de travailler sans être déclaré mais on ne cotise à rien. On n'est rien si l'on n'est pas déclaré. On gagne un peu d'argent, mais on n'a aucun droit aux soins. Je ne connais pas beaucoup le système belge, mais quelquefois il est vraiment injuste. » Puisque que la loi belge ne précise pas la durée de validité de l'AMU, chaque CPAS définit cette période, qui va de un jour à six mois selon les CPAS.

En Allemagne, 73,6 % des patients ont uniquement accès aux urgences. 15,5 % ont une couverture maladie dans un autre pays européen (ce qui est cohérent au regard du nombre élevé de citoyens de l'Union parmi les patients reçus, comme cela a été observé précédemment). À Munich, les demandeurs d'asiles, les réfugiés et les migrants sans papiers doivent demander un bon de santé au bureau des affaires sociales de la commune pour avoir accès aux soins gratuitement. Cependant, les fonctionnaires, y compris le personnel de santé, ont le devoir de signaler les migrants sans papiers à la police, ce qui constitue un immense obstacle à l'accès aux soins, les migrants sans papiers craignant d'être arrêtés. Pour les soins d'urgence, une recommandation provenant du gouvernement précise que le personnel n'a pas l'obligation de signaler les migrants sans papiers. Cette recommandation n'est toutefois pas contraignante et elle n'a pas été diffusée largement. En conséquence, les équipes de MdM se retrouvent encore en face de patients sans papiers ayant été signalés à la police dans les services d'urgence. Ils ont organisé une série de réunions avec les membres du personnel de l'hôpital, pour les informer de leur droit de ne pas signaler les migrants sans papiers lorsqu'ils se présentent pour une urgence – qui devrait être un DEVOIR de ne pas les dénoncer !

En Grèce, 84,9 % des patients n'ont aucune couverture maladie. Les étrangers sans autorisation de séjour n'ont droit à aucune couverture maladie. Avec l'aggravation de la crise sociale en Grèce, de plus en plus de Grecs et de ressortissants étrangers autorisés à séjourner ont également perdu leur couverture maladie en raison d'une absence de cotisation via un emploi et/ou de leur incapacité à la payer.

Aux Pays-Bas, 82,5 % des patients vus à Amsterdam et à La Haye peuvent consulter des médecins généralistes, mais avec une participation financière, et 14,0 % n'ont aucun accès aux soins.

En Espagne¹⁰⁰, 61,6 % des patients rencontrés ont accès aux urgences uniquement. Tandis que les migrants sans papiers sont supposés avoir un accès gratuit aux urgences, dans la pratique, MdM a été témoin de cas où les soins délivrés aux urgences ont fait l'objet d'une facturation, ainsi qu'également relevé dans le rapport des Médiateurs en Espagne¹⁰¹.

100 Il est important de noter que, depuis septembre 2012, entre 750 000 et 873 000 migrants ont perdu leur couverture maladie en Espagne (Legido-Quigley H, Urdaneta E, Gonzales A, et al. Erosion of universal health coverage in Spain. Lancet 2013; 382 : 1977).

101 Le rapport des Médiateurs sur les droits des patients dans les services d'urgence publié en janvier 2015 souligne que, « les pratiques quotidiennes dans les centres de santé révèlent le problème des soins d'urgence qui devraient être dispensés dans des conditions d'égalité et gratuitement pour les sans-papiers. » Las urgencias hospitalarias en el Sistema nacional de salud : derechos y garantías de los pacientes. Étude commune des Médiateurs. Madrid, janvier 2015.

En Suède, la moitié des patients (47,5 %) n'a aucun accès aux soins, un quart (28,7 %) a accès à certains soins subventionnés – en payant des frais réduits pour un ensemble de soins définis¹⁰² – et 15,0 % sont des citoyens de l'UE ayant des droits dans un autre pays.

En Suisse, 74,9 % des patients rencontrés ont une couverture maladie totale. Ils sont majoritairement demandeurs d'asile, autorisés à recevoir des soins pendant la procédure de demande d'asile (bien que les démarches puissent être complexes et le contexte plutôt restrictif). Les autres patients rencontrés n'ont soit pas, soit plus de couverture maladie (adéquate ou effective).

En Turquie, la grande majorité des patients reçus n'ont aucune couverture pour leurs dépenses de santé (98,7 %).

L'absence totale de couverture maladie concerne 70,4 % des migrants citoyens de l'UE en Europe, et 15,1 % ont accès uniquement aux services d'urgence. Ils sont encore moins souvent couverts totalement que les migrants ressortissants de pays tiers (3,7 % versus 8,3 %, $p < 0,001$), bien que 8,1 % d'entre eux aient des droits ouverts dans un autre pays d'Europe.

Adrian et Izie sont des jumeaux grecs de 2 ans. Les enfants ont de graves problèmes d'asthme qui nécessitent des hospitalisations et des traitements réguliers. Les crises d'asthme peuvent être réduites en prenant des médicaments et en évitant l'exposition aux facteurs déclencheurs connus. La famille vit dans un environnement insalubre (la maison est humide, elle n'est pas chauffée). Ne disposant d'aucun revenu, la famille dépend de l'aide sociale, qui n'est pas régulière, laissant les enfants sans traitement par moments, les parents n'ont pas les ressources financières pour payer les traitements pendant ces périodes. Les médicaments ne sont pas toujours disponibles à l'hôpital. En outre, la procédure administrative pour obtenir une aide sociale annuelle prend entre deux et six mois, période durant laquelle la famille n'a pas accès gratuitement au traitement. MdM assure alors la continuité des médicaments prescrits.

MdM Grèce – Perama – Septembre 2014

COUVERTURE DES DÉPENSES DE SANTÉ : COMPARAISON ENTRE LES CITOYENS NATIONAUX, LES CITOYENS DE L'UE ET LES RESSORTISSANTS DE PAYS TIERS (%)

	NATIONAUX (N=531)	CITOYENS DE L'UE (N=15 197)	CITOYENS DE PAYS HORS UE-28 (N=11 605)	p*
AUCUNE PRISE EN CHARGE^A/DOIT TOUT PAYER	50,6	70,4	82,4	<0,001
ACCÈS AUX SOINS D'URGENCE UNIQUEMENT	18,5	15,1	3,3	<0,001
A UNE COUVERTURE MALADIE TOTALE	16,0	3,7	8,3	<0,001
A UNE COUVERTURE MALADIE PARTIELLE^B	14,5	2,4	2,3	0,990
DROITS OUVERTS DANS UN AUTRE PAYS EUROPÉEN	0	8,1	0,9	<0,001
ACCÈS SOIN PAR SOIN	0	0,1	0,4	-
ACCÈS GRATUIT MÉDECINE GÉNÉRALE	0,0	0,2	0,9	0,004
ACCÈS PAYANT SOINS 2^e LIGNE	0,3	0,0	0,5	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	
DONNÉES MANQUANTES (%)	24,8	23,6	19,0	

A. Comparaison entre les citoyens de l'UE et les ressortissants de pays tiers.

B. Comprend les personnes devant payer les consultations de médecine générale.

102 Pour les migrants ressortissants d'un pays tiers, une consultation de soins primaires avec un médecin généraliste coûte environ 5 euros. Le même montant doit être payé lorsqu'un patient est orienté par son médecin généraliste vers un service d'urgence ou une consultation de spécialiste. L'accès direct aux soins d'urgence est de 40 euros.

LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS

Seuls 23,0 % de l'ensemble des patients impliqués dans l'enquête dans sept pays européens déclarent ne pas avoir rencontré de difficultés dans l'accès aux soins avant de consulter dans un centre de MdM¹⁰³.

Un autre tiers des patients (33,9 %) n'ont pas essayé d'accéder à des soins ; avec d'énormes différences entre la France qui a le taux le plus bas (4,9 %) et la Suède (42,0 %) et le Royaume-Uni (52,2 %) qui ont ceux les plus élevés. Tandis que certaines de ces personnes peuvent ne pas avoir eu besoin de soins, il est probable que d'autres ont tellement intériorisé les nombreux obstacles à l'accès aux soins¹⁰⁴ qu'ils n'ont même pas essayé d'aller se faire soigner.

Comme dans les enquêtes précédentes, les quatre obstacles les plus fréquemment cités par les patients rencontrés en Europe sont :

- les barrières financières (27,9 %), un mélange des frais liés à la consultation et aux médicaments, des avances à régler, et du montant prohibitif des cotisations à payer pour une couverture santé ;
- les problèmes administratifs (21,9 %), qui incluent les législations restrictives et les difficultés à rassembler les justificatifs nécessaires pour obtenir une forme quelconque de couverture maladie, ainsi que les dysfonctionnements administratifs ;
- un manque de connaissance ou de compréhension du système de santé et de leurs droits (14,1 %) ;
- la barrière de la langue (12,7 %). Pourtant, 42,2 % des consultations nécessitent la présence d'un interprète – que ce besoin soit satisfait (32,1 % ont eu lieu avec un interprète, présent ou par téléphone) ou pas (7,8 %). Cela indique que la barrière de la langue est sous-déclarée.

C'est très différent à Istanbul où quatre autres situations sont citées par plus de 40 % des patients, c'est-à-dire par une proportion de patients bien plus grande qu'en Europe : l'absence d'un quelconque précédent recours aux soins (41,5 %), le coût des consultations ou des traitements (44,6 %), la barrière de la langue (40,9 %) et la peur d'être dénoncé ou arrêté (45,9 %). Le taux de patients déclarant avoir vécu une mauvaise expérience dans le système de soins est aussi particulièrement élevé (21,6 %, contre 2,3 % en moyenne en Europe, $p < 0.001$). Seuls 1 % des patients disent n'avoir rencontré aucune difficulté en recherchant des soins (contre 23 % en Europe, $p < 10^{-6}$). Toutes ces différences dramatiques reflètent les limites immenses de l'accès aux soins pour les migrants (sans papiers en particulier) en Turquie.

103 Pas de données en Belgique et en Suisse.

104 Ils peuvent aussi percevoir des obstacles plus importants qu'ils ne le sont dans la réalité, en raison de leur manque de connaissance de leurs droits dans les quelques pays où ils en ont.

María est une infirmière grecque de 39 ans sans emploi. Elle a bénéficié d'une couverture maladie jusqu'en 2009. Gagnant environ 400 euros par mois, elle travaille sans être déclarée en tant qu'auxiliaire de soins pour une femme âgée. « Mes revenus couvrent le logement et la nourriture... J'étais enceinte et sans couverture maladie, je ne pouvais payer ni les examens ni les médicaments. »

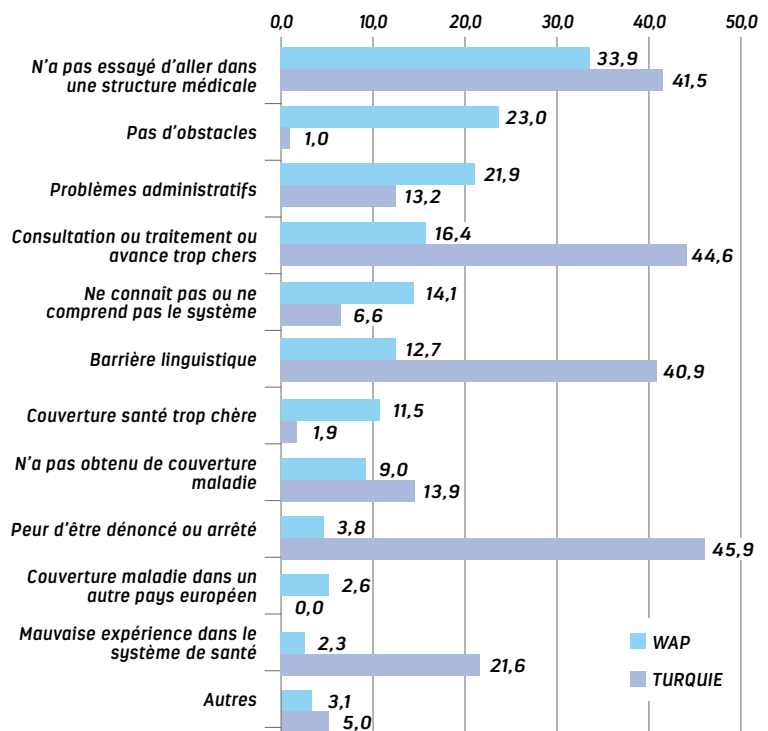
En Grèce, grâce au dernier décret présidentiel du 5 juin 2014, quiconque vivant légalement en Grèce sans couverture maladie peut bénéficier d'une consultation médicale à l'hôpital. Néanmoins, ce décret est mal connu et peu appliqué. Ainsi, pour qu'il soit appliqué, les travailleurs sociaux de MdM impriment des exemplaires du décret et l'expliquent aux professionnels de santé. Ils expliquent le cas de chaque patient et en font le suivi. María a pu bénéficier d'examen gratuits et accoucher à l'hôpital dans de bonnes conditions. Toutefois, les vaccins ou les médicaments n'étant pas toujours disponibles à l'hôpital, le suivi médical du bébé et ses vaccinations sont encore assurés par les équipes de MdM.

MdM Grèce – La Canée – Septembre 2014

L'histoire de Saïd, jeune homme de 23 ans venant de Turquie, démontre la mauvaise connaissance par le personnel médical de la nouvelle loi de 2013 permettant l'accès aux soins « qui ne peuvent être différés » aux migrants sans papiers : « J'ai essayé d'obtenir un rendez-vous avec un médecin, mais on m'a dit qu'il fallait un numéro de sécurité sociale pour pouvoir me donner un rendez-vous et que je devais payer 185 euros pour la visite. Puis on m'a dit que je ne pouvais recevoir un traitement que si j'étais demandeur d'asile et on m'a orienté vers un hôpital. Je leur ai dit ce que MdM Suède m'avait dit, que la consultation ne coûtait que 5 euros. J'ai ensuite demandé au personnel s'ils connaissaient la nouvelle loi et ils m'ont répondu que non. »

MdM Suède – Stockholm – Octobre 2014

OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS DANS SEPT PAYS EUROPÉENS ET EN TURQUIE (EN %)



LE RENONCEMENT AUX SOINS

Un patient sur cinq (20,4 %) déclare avoir renoncé à des soins ou à des traitements médicaux au cours des douze derniers mois¹⁰⁵ et jusqu'à 61,2 % à Istanbul.

La part de personnes déclarant avoir renoncé aux soins a diminué significativement en Espagne depuis 2012 : elle était de 52,0 % en 2012, 22,0 % en 2013 et 15,0 % en 2014. Il est difficile d'expliquer cette diminution car, malheureusement, les sites d'enquête ont changé au cours des années (ainsi que la procédure d'échantillonnage). Cependant, il est important de noter que ces chiffres ne représentent pas la situation générale des migrants en Espagne, mais celle des migrants fréquentant les centres de MdM. Depuis le Décret royal 16/2012, les équipes de MdM Espagne explorent différentes voies pour faciliter l'intégration des migrants dans les services de santé de droit commun¹⁰⁶. Même si certaines régions se sont dotées de programmes spécifiques autorisant l'accès aux soins de certains migrants sans papiers sous certaines conditions, la plupart des professionnels, ainsi que les migrants venant dans les centres de MdM pour la première fois, ne les connaissent pas, car aucune communication n'est faite sur ces mesures spécifiques (comme à Valence et dans les Canaries). Certains des patients interrogés en 2014 ont déjà fréquenté un centre de MdM avant de répondre au questionnaire (et ont ainsi déjà été informés de leurs droits), ce qui pourrait expliquer la diminution du nombre de patients ayant renoncé aux soins.

LES REFUS DE SOINS

Les professionnels de santé définissent le refus de soins comme tout comportement volontaire de la part des soignants conduisant, directement ou indirectement, à une absence de soins ou de traitements adaptés à la situation du patient. **Parmi les patients rencontrés par les équipes de MdM en Europe, 15,2 % se sont vu opposer un refus de soins au cours des douze derniers mois¹⁰⁷ (cela concerne un quart des patients en Espagne). À Istanbul, 37,1 % ont été confrontés à cette situation.**



UNITÉ MOBILE DE RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES - « LES RUES D'ATHÈNES » - GRÈCE - 2014

105 En 2014, cet indicateur n'est pas pertinent pour la Belgique et la Suisse (la question ayant été posée à moins de 10 % des patients) et les taux de réponse sont particulièrement bas en France et au Royaume-Uni ; ce pourcentage doit donc être utilisé avec précaution.

106 Il est important de noter que le nombre de praticiens ayant utilisé leur droit à l'objection de conscience, c'est-à-dire qui ont refusé d'exclure les migrants des soins, a augmenté.

107 À titre d'information uniquement : cet indicateur n'est pas pertinent pour la Belgique et la Suisse (la question ayant été posée à moins de 10 % des patients) et les taux de réponse sont particulièrement bas en Grèce, en France et au Royaume-Uni. Données manquantes : 30,4 % en Allemagne, 43,3 % en Grèce, 0,8 % en Espagne, 58,6 % en France, 11,4 % aux Pays-Bas, 17,3 % en Suède, 62,0 % au Royaume-Uni et 22,4 % en Turquie.

Johan, homme allemand âgé de 74 ans, explique : « *Quand ma partenaire est morte, j'ai perdu la maison. Je n'ai plus d'endroit à moi désormais ; je dors la plupart du temps chez ma fille. Je n'ai jamais rien demandé à l'État. J'ai toujours été indépendant, j'ai fait toutes sortes de travail, comme gardien d'immeuble, gardien de chevaux, ou comme coiffeur. Mais maintenant que je suis vieux je ne peux plus travailler autant. Mes enfants et des amis me donnent des coups de main. Je n'ai plus d'assurance santé depuis maintenant deux ans. J'ai essayé de gagner ma vie aussi longtemps que j'ai pu, ce qui me permettait de payer moi-même les consultations médicales. Parfois je prenais des médicaments en vente libre en pharmacie. J'ai commencé à avoir des problèmes cardiaques et la semaine dernière mes jambes étaient gonflées, je suis donc allé à l'hôpital pour un check-up. Je leur ai expliqué que je n'avais pas d'assurance maladie. Ils ne m'ont rien dit mais après quelques examens, ils m'ont dit que je devais rester plus longtemps et payer 3 000 euros ! Eh bien... après ça je me suis vraiment senti malade ! Je leur ai donné tout l'argent que j'avais et suis parti immédiatement, avec la sonde urinaire toujours en moi. J'espère que vous pouvez la retirer. Je ne retournerai pas dans cet hôpital. »*

MdM Allemagne – Munich – Décembre 2014

Miriam est une femme marocaine âgée de 35 ans. Son mari, Ahmed, a travaillé en Espagne de 1991 à 2007, non déclaré pendant les neuf premières années. Lorsque la société qui l'employait a fait faillite, Ahmed et Miriam n'ont pas retrouvé de travail et ont décidé de partir en Belgique, où ils ont trouvé un travail, également non déclaré. Miriam a eu une petite fille (Sonia) en décembre 2012. Souffrant d'une anomalie cardiaque, le bébé a dû subir une opération, bien que les ressources financières des parents aient été insuffisantes. Le CPAS refuse alors de couvrir les dépenses, considérant que les parents disposent d'une autorisation de séjour en Espagne, où ils ont droit à des soins. Ahmed et Miriam ayant quitté l'Espagne il y a quatre ans, la réponse du CPAS n'est pas justifiée, le droit à la couverture maladie n'étant accordé que pour une année. Le bébé a besoin d'une deuxième opération, mais les ressources financières des parents sont toujours insuffisantes. Une deuxième demande de couverture maladie est refusée, le CPAS déclarant que la responsabilité du règlement des coûts d'opération de l'enfant incombait à son père. L'opération a été reportée. Ahmed a travaillé autant que possible mais ne pouvait toujours pas payer l'ensemble des frais. Trois demandes sont refusées. En 2014, souffrant terriblement, Miriam se rend à MdM qui l'oriente vers l'hôpital. Elle souffre depuis longtemps mais n'ose pas se rendre à l'hôpital à cause de la facture restée impayée depuis l'opération de sa fille. Miriam est opérée pour un abcès à l'aîne, mais l'infection ne peut être contrôlée. De plus, les médecins découvrent que Miriam a du diabète, ce qu'elle ne savait pas. Miriam meurt à l'hôpital quelques semaines plus tard. Sa fille a alors 26 mois. Après la mort de sa femme, Ahmed, ne pouvant pas à la fois travailler et prendre soin de sa fille, Sonia est placée dans une famille d'accueil. Sonia devrait bénéficier de la couverture maladie de la famille d'accueil, pourtant, malgré un certificat médical, l'enregistrement au CPAS n'est toujours pas effectué. Il faudra attendre jusqu'à fin décembre pour qu'une nouvelle et dernière demande soit finalement acceptée par le CPAS.

MdM Belgique – Anvers – Décembre 2014

LE RACISME DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ

Heureusement, seul un petit nombre de patients déclarent avoir été victimes de racisme dans une structure de santé, du moins dans les six pays d'Europe où la question a été posée, où ils représentent environ 4,5 % des patients¹⁰⁸. Cette proportion est considérablement plus élevée à Istanbul (38,7 % avec un taux de réponse de 77,5 %).

LA PEUR D'ÊTRE ARRÊTÉ

Il a été demandé aux migrants sans papiers ou en situation administrative précaire s'ils limitaient leurs déplacements de peur d'être arrêtés (au moment de l'enquête), cela constituant un obstacle bien connu à l'accès aux soins.

En Europe, la moitié des patients interrogés (52,0 %) déclarent limiter leurs déplacements (parfois, souvent ou très souvent)¹⁰⁹. Cette proportion est particulièrement élevée à Londres¹¹⁰ (83,9 %), aux Pays-Bas (69,4 %) et à Istanbul (85,0 %), où, comme mentionné précédemment, la peur d'être dénoncé ou arrêté est fréquemment citée comme obstacle à l'accès aux soins. En Espagne, cette proportion est plus faible (57,5 %).

Sofia est une femme marocaine âgée de 45 ans. Alors qu'elle était enceinte, elle ne pouvait bénéficier de la couverture maladie de son mari, sur le point d'obtenir la nationalité espagnole, avant que leur autorisation de séjour ne soit accordée. Sofia souffrant de saignements et de douleurs importantes, des amis l'ont accompagnée au service des urgences de la maternité de Malaga, où le médecin lui a dit que sans couverture maladie elle ne pouvait être reçue. Après deux semaines, la douleur empirant, elle s'est présentée au centre de soins. Elle s'est vu refuser des soins « jusqu'à ce que sa situation administrative soit résolue ».

Elle se rend alors à MdM une semaine plus tard. Grâce à l'intervention de MdM, le centre de soins « résout son cas » et lui délivre une carte de santé. Le médecin généraliste qui l'ausculte la réfère immédiatement au service des urgences de la maternité, qui diagnostique une fausse-couche « qui aurait dû être prise en charge un mois plus tôt ». Sofia et son mari ont porté plainte au tribunal. Bien que très restrictif, le Décret royal autorise l'accès aux soins des femmes enceintes et des enfants. Mais même cet accès limité n'est pas toujours garanti.

MdM Espagne – Malaga – Janvier 2014



CE SOIR, AU LIEU D'AVOIR ACCÈS À UN LOGEMENT DÉCENT, CETTE FAMILLE DORMIRA SOUS UNE TENTE DANS LE CENTRE DE LYON – FRANCE – 2014

108 Données manquantes : respectivement 34,8 % en Allemagne, 45,3 % en Grèce, 0,8 % en Espagne, 23,6 % aux Pays-Bas, 19,4 % en Suède, 68,7 % au Royaume-Uni.

109 En raison soit du faible nombre de répondants soit de la forte proportion de données manquantes, seules les données de l'Espagne, de l'Allemagne, du Royaume-Uni et de la Turquie peuvent être étudiées isolément.

110 Bien qu'il ne soit pas obligatoire de présenter ses papiers d'identité aux autorités/à la police, il est possible que de nombreux migrants sans papiers ne le sachent pas et craignent toujours d'être arrêtés, ce qui expliquerait le nombre important de personnes déclarant limiter leur déplacements.

LES VIOLENCES SUBIES

Il est indispensable de dépister les antécédents de violences chez les populations migrantes, tant leur fréquence et leurs conséquences sur la santé mentale et physique des victimes sont importantes, des années après l'épisode¹¹¹ (comme les dépressions ou les syndromes de stress post-traumatiques, le risque d'erreur de diagnostic lorsque l'on se trouve face à des troubles physiques inexplicables et la nécessité encore plus forte de détecter les infections sexuellement transmissibles dans les cas de violences sexuelles). C'est pourquoi il est tellement important d'écouter le plus attentivement possible les récits des expériences antérieures de violences, afin de les prendre en compte qu'elles aient pris place dans le pays d'origine, lors du parcours migratoire ou dans le pays « d'accueil ». Malheureusement, la stigmatisation de l'« étranger » reste l'un des principaux obstacles à une meilleure prise en charge des patients fuyant la torture et les violences politiques¹¹².

En 2014, dans huit pays européens, **1 809 patients ont été interrogés sur la question des violences** (BE, CH, DE, EL, ES, FR, NL et UK)¹¹³. **Parmi eux, 84,4 % déclarent au moins un épisode violent (83,5 % des femmes et 85,8 % des hommes).**

Les patients d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine sont surreprésentés parmi les victimes de violence mais la violence a été expérimentée par des personnes de toutes origines, incluant bien évidemment des citoyens de l'UE et des nationaux.

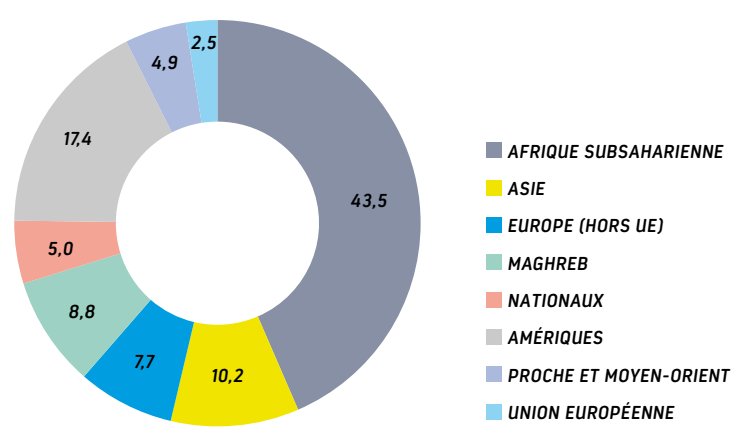
Les expériences de violences concernent les deux sexes et tous les âges. Les demandeurs d'asile sont particulièrement surreprésentés parmi les victimes de violences (57,6 %, contre 34,4 % chez tous les patients, p<0.001).

111 Baker R. Psychological consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe. In Basoglu M, ed. *Torture and its consequences*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pp. 83-106 ; Weinstein HM, Dnasky L, Lacobino V. Torture and war trauma survivors in primary care practice in West J Med 1996; 165 : 112-8; Loutan L, Berens de Haan D, Subilia L. La santé des demandeurs d'asile : du dépistage des maladies transmissibles à celui des séquelles post-traumatiques. Bull Soc Pathol Exotique 1997; 90 : 233-7 ; Vannotti M, Bodenmann P. Migration et violence. Med Hyg 2003; 61 : 2034-8.

112 Collectif. Soigner les victimes de torture exilées en France. Livre blanc. Paris : Centre Primo Levi, Mai 2012, p.9.

113 Malheureusement, la question des violences subies est encore peu souvent abordée par les équipes des programmes de MdM, et les personnes victimes de violences restent insuffisamment détectées : ainsi seuls 11,3 % des patients (727 femmes, 12,3 %, et 1 082 hommes, 10,5 %) ont été interrogés sur cette question, que ce soit au moment de leur première consultation ou au cours des visites de suivi.

RÉGION D'ORIGINE DES VICTIMES DE VIOLENCES (DANS HUIT PAYS EUROPÉENS, EN %)



Sally, âgée de 27 ans, vient d'Ouganda, où elle a été emprisonnée à cause de son homosexualité. Elle est alors torturée et agressée sexuellement. À sa sortie de prison, elle a vécu dans la rue, où elle a été repérée par des personnes qui l'ont emmenée de force au Royaume-Uni. Ces personnes, qui la frappaient, lui ont pris tous ses papiers et tous ses biens. Ils l'ont abandonnée devant une église, où quelqu'un a proposé de s'occuper d'elle. Pensant être enceinte, Sally s'est rendue à MdM pour consulter un médecin. MdM l'a orientée vers le dispositif de référencement national (*National Referral Mechanism* ; mis en place par le gouvernement pour identifier les victimes de la traite des êtres humains et leur procurer une protection et un soutien adaptés à leurs besoins). Sally est aujourd'hui enregistrée auprès d'un médecin généraliste qui la suit régulièrement, a effectué des tests de dépistage des IST, participe à des entretiens de *counselling* et reçoit les soins prénataux appropriés. Elle reçoit un soutien financier en attendant que sa demande de protection soit étudiée.

MdM UK – Londres – 2014

Fadel est un jeune Camerounais qui a fui son pays, où sa mère malade et ses frères et sœurs vivent encore. Il est arrivé en France trois ans après un parcours migratoire violent. Il explique avoir vécu un an dans le nord du Maroc, « *caché dans la forêt* ». Avec d'autres personnes cherchant à traverser le détroit de Gibraltar, il a construit un abri de fortune. Il a été à plusieurs reprises « *arrêté et battu par la police marocaine* ». Fadel a raconté que « *ses compagnons ne sont pas revenus après avoir été arrêtés* ». Un jour, Fadel a été arrêté et violemment battu. Il a été envoyé à l'hôpital où il est resté dans le coma une semaine : « *Quand je me suis réveillé, je ne me souvenais plus de rien, seulement d'avoir été battu par la police.* » Il a de nouveau essayé de traverser le détroit et a finalement réussi à rejoindre l'Espagne, puis la France en juin 2014.

MdM France – Saint-Denis – Août 2014

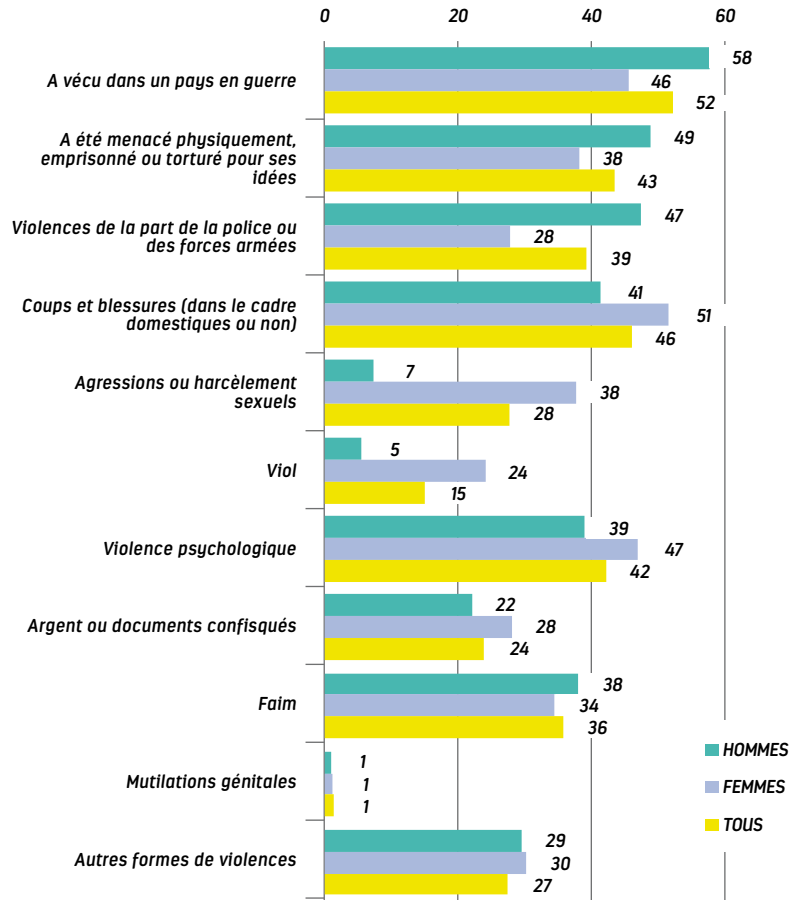
Les types de violences les plus fréquemment cités dans huit pays européens sont :

- avoir vécu dans un pays en guerre (52,1 %), avoir été menacé physiquement, emprisonné ou torturé pour ses idées (43,3 %) et les violences perpétrées par la police ou l'armée (39,1 %) ;
- les coups et blessures dans le cadre de violences domestiques ou non domestiques (45,9 %) ;
- la violence psychologique (42,1 %) ;
- la faim (35,7 %) ;
- les agressions sexuelles (27,6 %), rapportées par 37,6 % des femmes (contre 7,3 % chez les hommes) et les viols (14,9 %), rapportés par 24,1 % des femmes et 5,4 % des hommes. Sur l'ensemble des agressions sexuelles rapportées par les patients, un quart concernait des hommes ;
- la confiscation d'argent ou de documents d'identité (23,8 %).

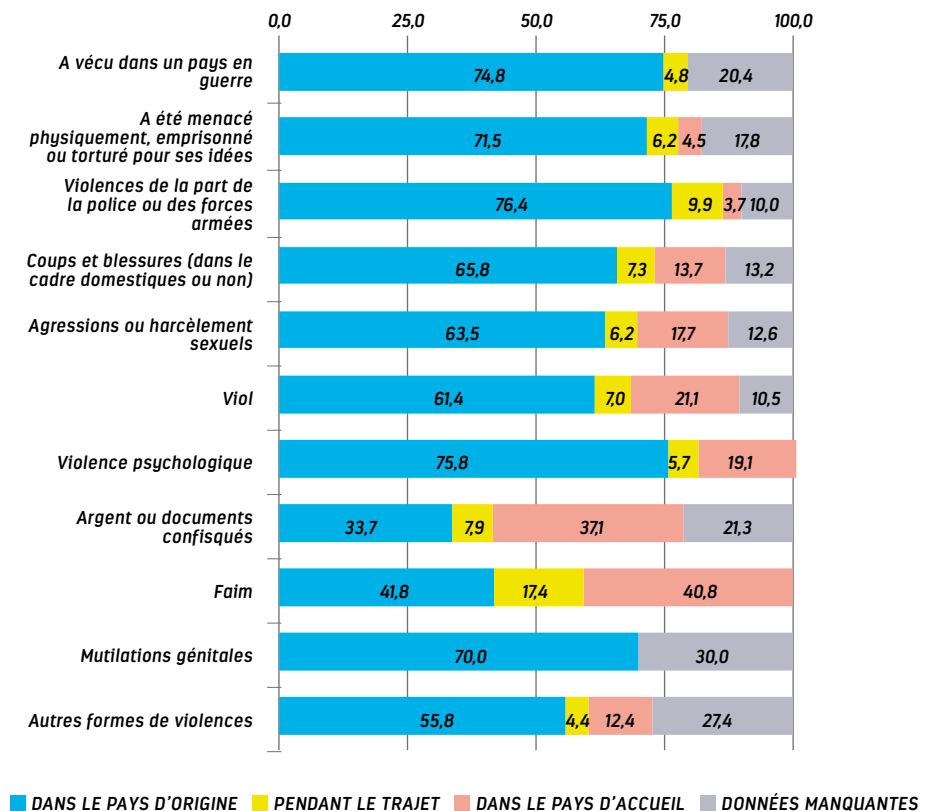
Parmi les répondants, 9,8 % confient avoir subi des violences après leur arrivée dans le pays d'accueil. Cela concerne 21,1 % des viols, 17,7 % des agressions sexuelles, 37,1 % des cas de confiscation de documents ou d'argent, 19,1 % des violences psychologiques ; et 40,8 % des expériences de faim.

L'état de santé ressenti des patients ayant déclaré avoir subi des violences est considérablement plus mauvais concernant la santé générale, mentale et physique ($p < 0,001$) que celui des patients n'ayant pas déclaré d'épisodes de violences. Parmi ces derniers, 71,4 % considèrent leur état de santé général comme bon ou très bon, contre seulement 33,5 % des personnes ayant déclaré avoir subi des violences. 12,4 % des personnes ayant subi des violences considèrent leur santé mentale comme très mauvaise, contre 1,7 % des personnes n'ayant pas déclaré d'épisode de violence. Cela confirme l'impact considérable des violences subies sur la santé et le devoir des professionnels de santé de poser la question des antécédents de violence de façon systématique, de façon à dépister les violences subies, à procurer des soins appropriés et à orienter les patients vers des services adaptés.

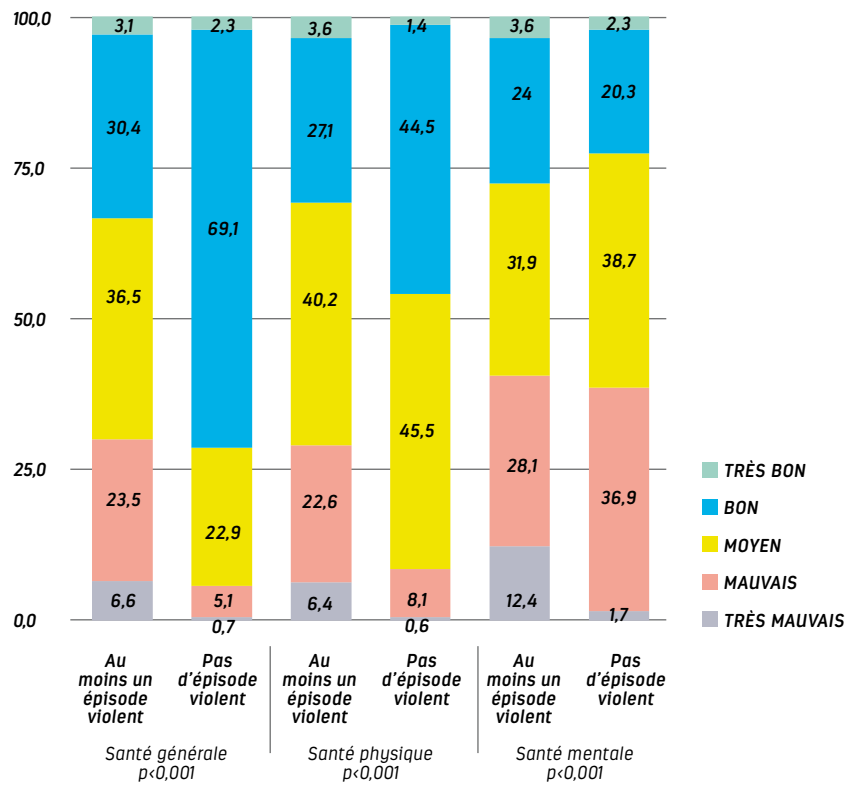
TAUX DE VIOLENCES SUBIES PAR SEXE (PARMI LES PATIENTS INTERROGÉS SUR CETTE QUESTION DANS HUIT PAYS EUROPÉENS, %)



PROPORTION DES VIOLENCES AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES DU PARCOURS MIGRATOIRE DANS HUIT PAYS EUROPÉENS (% DES ÉPISODES RAPPORTÉS)



ÉTAT DE SANTÉ RESENTI AVEC OU SANS EXPÉRIENCE DE VIOLENCES (PARMI LES PATIENTS INTERROGÉS À CE SUJET EN %)



© GIORGOS MOUTAFIS

SAÏD, IRANIEN, A ÉTÉ VICTIME D'UNE ATTAQUE RACISTE : TROIS HOMMES VÊTUS DE NOIR L'ONT ATTAQUÉ À ATHÈNES. L'UN D'EUX L'A MORDU ET LUI A ARRACHÉ L'OREILLE.
« EN EUROPE, JE N'AI PAS VU DE CIVILISATION, JE N'AI PAS VU D'AMOUR » – GRÈCE – 2014

L'ÉTAT DE SANTÉ

L'ÉTAT DE SANTÉ RESENTI

Une majorité (58,2 %) des patients rencontrés par les équipes de Mdm en Europe¹¹⁴ considèrent leur état de santé général comme dégradé¹¹⁵. Toutefois, 22,9 % des patients déclarent leur santé physique comme mauvaise ou très mauvaise et cela monte à 27,1 % pour leur santé mentale.

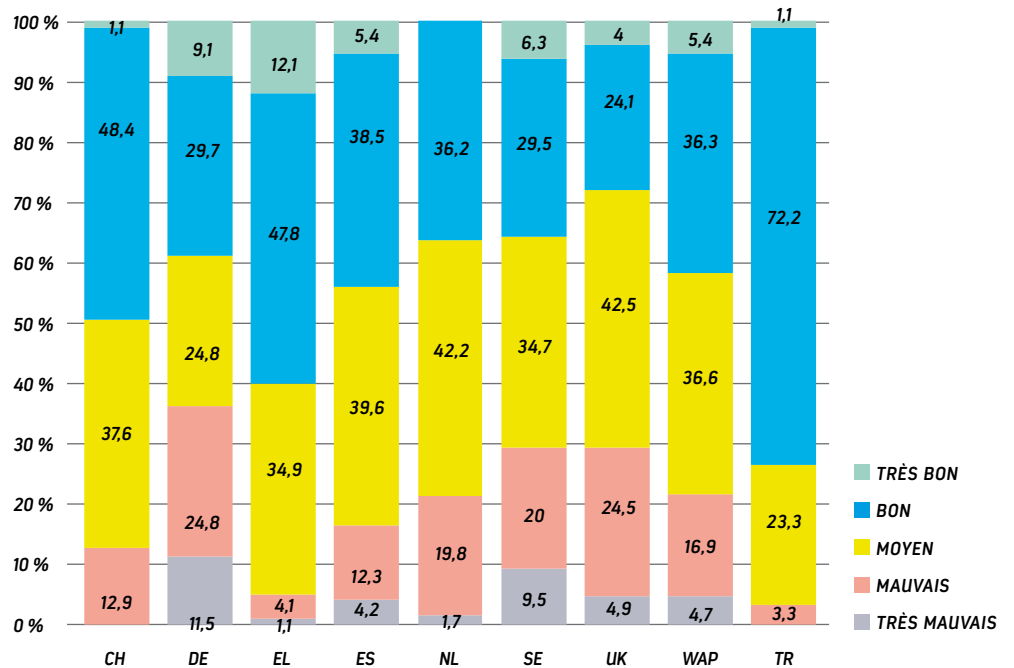
À Istanbul (et seulement dans cette ville), l'écart est considérable entre l'état de santé physique et l'état de santé mentale ressentis : seuls 5,8 % considèrent avoir une mauvaise santé physique (aucun ne la considère comme très mauvaise), mais 41,4 % considèrent que leur état de santé mentale est mauvais (et 2,0 % très mauvais).

Si l'on compare ces données avec celles de la population générale des pays d'accueil – publiées dans les statistiques de l'Union européenne sur le revenu, l'inclusion sociale et les conditions de vie en 2013 (dernières données disponibles) – l'état de santé des patients rencontrés dans les programmes de Mdm est moins bon que celui de la population générale pour tous les pays, que l'ensemble des groupes d'âge soient pris en considération ou que le groupe d'âge considéré soit celui des 25-44 ans (le plus représentatif des patients de Mdm). Les données concernant des personnes rencontrées dans les centres de Mdm ou de l'Asem, il semble logique que la plupart d'entre elles, par définition, aient des problèmes de santé. Cela reste néanmoins insuffisant pour expliquer l'étendue des différences constatées avec les données en population générale. Parmi les patients de Mdm, 16,9 % et 4,7 % disent que leur santé est « mauvaise » ou « très mauvaise », contre 2,2 % et 0,5 % des adultes âgés de 25 à 44 ans de la population générale des sept pays concernés (en 2013).

114 Dans sept pays d'Europe. Les questions n'ont pas été posées en France et seule la question sur l'état de santé général a été posée en Belgique, avec un très faible taux de réponse (4 %). Données manquantes : 76,5 % en Suisse, 18,8 % en Allemagne, 20,5 % en Grèce, 0,8 % en Espagne, 5,7 % aux Pays-Bas, 3,1 % en Suède, 13,2 % au Royaume-Uni, 5,0 % en Turquie.

115 Total des personnes ayant répondu que leur état de santé était très mauvais, mauvais, et moyen.

ÉTAT DE SANTÉ RESENTI PAR PAYS (%)



LES MALADIES CHRONIQUES

Les professionnels de santé ont indiqué, pour chaque problème de santé (et à chaque visite), s'il s'agissait d'un problème de santé chronique ou aigu ; s'ils pensaient que le traitement (ou les soins) était nécessaire ou de précaution, si le problème avait été traité ou suivi avant la venue du patient à Mdm ; et s'ils considéraient que le problème de santé aurait dû être pris en charge plus tôt.

Plus de la moitié des patients (55,3 %) ayant consulté un médecin dans les centres de huit pays européens se sont vu diagnostiquer au moins une maladie chronique¹¹⁶. À Istanbul, 36,7 % des patients rencontrés avaient au moins une maladie chronique.

Natalia est une Grecque de 54 ans. Cela fait six ans qu'elle est propriétaire d'un magasin de chaussures. Mais depuis trois ans, en raison de la crise économique, elle n'est plus en mesure de payer sa couverture santé. Il y a deux ans, on lui a diagnostiqué une hypertension qui nécessite la prise sans interruption d'un traitement quotidien. « J'ai pu payer les médicaments pendant les six premiers mois... N'ayant plus les moyens de les acheter, j'ai dû arrêter. »

Ne pouvant plus prendre ses médicaments régulièrement, elle a eu une crise d'hypertension qui l'a conduite aux urgences. Là, on l'a immédiatement orientée vers le service social de la polyclinique de Mdm à Patras. Depuis, Natalia est suivie à la polyclinique de Mdm à Patras, qui prend en charge le coût des examens et des médicaments.

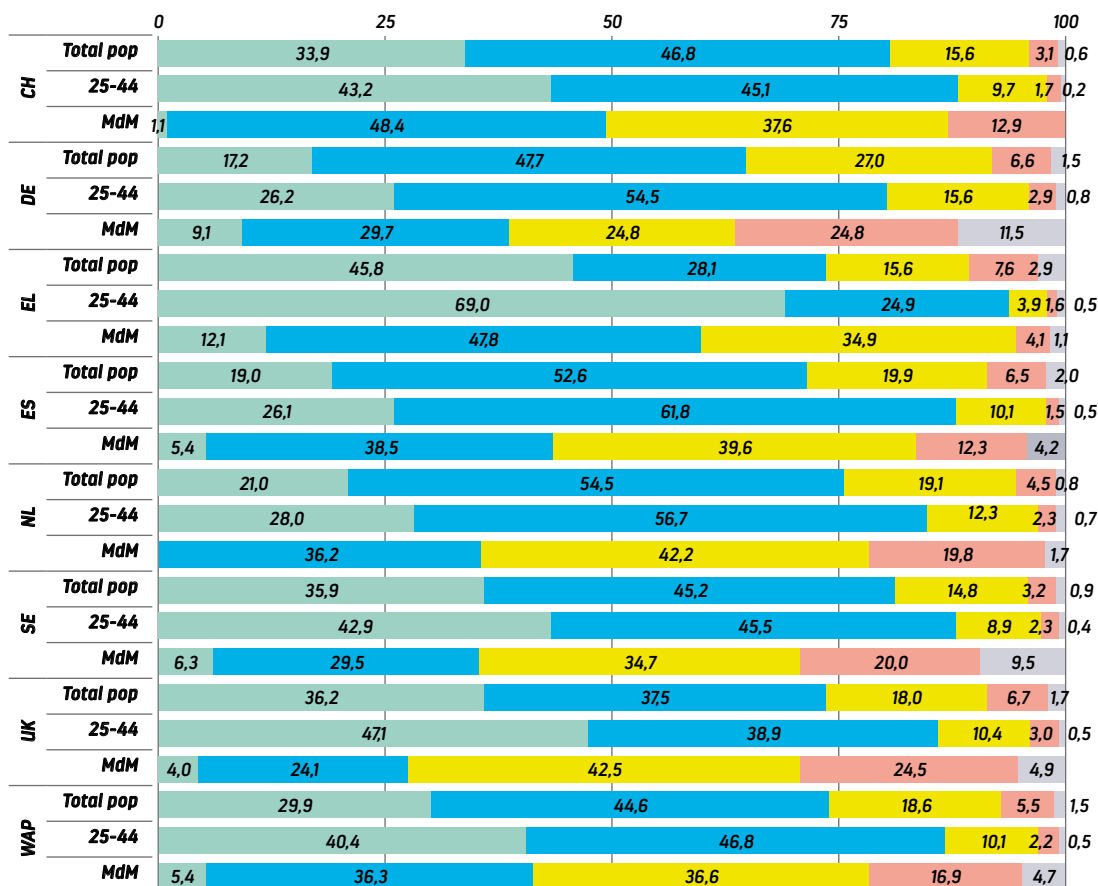
Mdm Grèce – Patras – Octobre 2014

116 Données manquantes : 19,5 % en Suisse, 32,0 % en Allemagne, 21,2 % en Grèce, 1,0 % en Espagne, 24,4 % en France, 8,4 % aux Pays-Bas, 59,7 % en Suède, 5 % au Royaume-Uni, 0,1 % en Turquie.

ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL : COMPARAISON ENTRE LES PATIENTS DE MDM ET LA POPULATION GÉNÉRALE (DONT LES ADULTES DE 25 À 44 ANS) DANS LES PAYS D'ACCUEIL

- TRÈS BON
- BON
- MOYEN
- MAUVAIS
- TRÈS MAUVAIS

Source : Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie, 2013.



LES SOINS URGENTS ET LES TRAITEMENTS ESSENTIELS

Au total, plus d'un tiers (36,5 %) des patients ont besoin de soins urgents ou assez urgents lorsqu'ils se présentent à MdM dans sept pays européens¹¹⁷, et ce chiffre est de 100 % à Istanbul.

Au total, trois patients sur quatre reçus par un médecin (74,5 %) dans les programmes européens ont besoin d'un traitement considéré comme nécessaire par le médecin¹¹⁸. Ce pourcentage est considérablement plus élevé en Suisse (93,9 % des patients ont besoin d'au moins un traitement nécessaire), en Allemagne (84,3 %), en Espagne (81,6 %) et en France (79,5 %). À Istanbul, 100,0 % des patients sont dans cette situation.

DES PATIENTS PEU SUIVIS AVANT D'ARRIVER À MDM

Dans les neuf pays européens, 73,3 % des patients avaient au moins un problème de santé n'ayant jamais été suivi ou traité avant leur arrivée à MdM. Ce pourcentage est considérablement plus élevé en Suisse (79,7 %), en Allemagne (82,9 %), en France (76,9 %), aux Pays-Bas (65,3 %) et à Londres (63,7 %). À Istanbul, presque tous les patients sont dans cette situation.

Dans l'ensemble, 57,9 % des patients nécessitant un traitement n'avaient pas reçu de soins avant de venir à MdM. Ainsi, MdM représentait le premier contact de ces patients avec une structure de soins de

santé primaires. Ce chiffre était aussi particulièrement élevé en Suisse (74,8 %), en Allemagne (72,6 %) en France (61,2 %) et, surtout, à Istanbul (98,9 %).

Près de la moitié des patients reçus par un médecin à MdM (46,2 %) avaient au moins une maladie chronique qui n'avait jamais été examinée ou suivie par un médecin. Cela concerne la moitié des patients rencontrés par un médecin en France, un patient sur cinq en Espagne, un tiers à Istanbul et moins de 10 % des patients en Grèce.

En d'autres termes, parmi les patients souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques, 70,2 % n'avaient bénéficié d'aucun suivi médical avant d'arriver à MdM (pour au moins l'une de leurs maladies chroniques). Excepté en Grèce, où cela était rare (10,2 %), cela concernait au moins un tiers des patients avec une maladie chronique en Espagne, 60 % aux Pays-Bas, 68 % à Londres et environ trois patients sur quatre dans les quatre autres pays.

À Istanbul, presque tous les patients atteints d'une maladie chronique n'avaient pas reçu de soins avant d'arriver à l'Asem (97,7 %).

DES PROBLÈMES DE SANTÉ LARGEMENT MÉCONNUS AVANT L'ARRIVÉE EN EUROPE

Seuls 9,5 % des migrants avaient au moins un problème de santé chronique dont ils avaient connaissance avant leur arrivée en Europe (question posée en CH, DE, ES, NL et UK).

En regardant de plus près les diagnostics, un très petit nombre de patients auraient pu émigrer en raison de ces maladies chroniques, la majorité des problèmes diagnostiqués ne comportant pas de danger vital. À Istanbul, 31,7 % des patients étaient dans cette situation. Cela montre encore une fois combien l'idée de la migration pour soins est inexacte : à Istanbul, les étrangers doivent payer 100 % des frais médicaux.

117 Donné à titre informatif, données manquantes : 29,4 % en Suisse, 34,4 % en Allemagne, 68,2 % en Grèce, 24,0 % en Espagne, 60,8 % en France, 35,8 % aux Pays-Bas, 69,2 % au Royaume-Uni, 4,7 % en Turquie. Question non posée en Belgique.

118 Les traitements sont considérés comme nécessaires quand le fait de ne pas les prescrire entraîne une détérioration de la santé du patient ou aggrave de façon significative le pronostic ; dans les autres cas, ils sont considérés comme « de précaution ». Il ne s'agit donc pas de traitements « inutiles » ou de simple « confort ».

119 En Suisse, les patients sont reçus par des infirmiers/ères.

LES PROBLÈMES DE SANTÉ PAR SYSTÈME

La moitié des problèmes de santé rencontrés correspond à quatre systèmes : le système digestif représente 14,4 % de l'ensemble des diagnostics, l'appareil musculo-squelettique 13,3 %, le système respiratoire 10,0 % et cardiovasculaire 9,6 %.

Quand les problèmes de santé sont regroupés en grandes catégories, les **problèmes psychologiques sont identifiés dans 10,6 % des consultations médicales**. Les problèmes de santé mentale les plus fréquemment déclarés sont l'anxiété, le stress et les problèmes psychosomatiques (5,8 % des consultations) et les syndromes dépressifs (2,9 % des consultations). Manifestement, les troubles psychotiques sont plus rares (0,5 %). Les problèmes liés à l'usage de substances psychoactives sont quasi inexistantes (0,4 %).

Dans l'ensemble, 10 % des consultations médicales de femmes concernent des problèmes gynécologiques : les grossesses sans complications et les problèmes postnataux (11,0 % et 0,3 %) sont fréquemment mentionnés, suivis par d'autres problèmes gynécologiques non spécifiés (5,2 %), des problèmes liés aux menstruations (4,2 %) et la contraception (1,7 %).

Peter, un Nigérian de 29 ans, a été temporairement hébergé dans un centre pour demandeurs d'asile, après une période de détention en raison de sa situation administrative. Au cours de sa période de détention, les problèmes psychiatriques dont il souffrait ont empiré considérablement, ce qui l'a conduit à une longue période de mise à l'isolement. Il a été libéré puis hébergé dans un centre pour demandeurs d'asile à la suite d'une décision de justice. En raison d'une absence de soins appropriés, Mdm Pays-Bas s'est impliqué pour faciliter l'admission un mois plus tard de Peter dans un service psychiatrique, spécialisé dans le traitement de patients de différentes cultures. Une psychose a été diagnostiquée et Peter a été pris en charge pendant plus d'un an à l'hôpital psychiatrique, qui est situé dans un petit village à la campagne, entouré d'air pur et très calme. Gerd, un médecin bénévole de Mdm Pays-Bas, témoigne : « J'ai vu un homme grand et fort craindre pour sa vie à cause de ses hallucinations visuelles et auditives. Après seulement quelques mois de traitement son état s'est amélioré. Au bout d'une année, Peter avait bien récupéré, il avait quelques rechutes, mais il n'avait plus de délires et était devenu plus sociable ; il s'était fait quelques amis à l'église d'une ville voisine et prenait le train, avec la permission de ses médecins. Cependant, la peur d'être expulsé demeurait. Un jour, il m'a appelé de sa chambre d'hôpital terrifié. Il avait été interpellé dans le train sans raison, car il avait un billet. Il a failli être arrêté parce que l'un des policiers a pensé le reconnaître comme faisant partie "d'une liste de personnes sans autorisation de séjour devant être arrêtées" ». Alors que Peter était plus ou moins guéri de ses phobies, il prenait toujours un lourd traitement médicamenteux, la menace d'être harcelé et arrêté est soudainement devenue une réalité dans sa vie. Cet événement est survenu quand Peter était encore à l'hôpital psychiatrique et bénéficiait d'une autorisation de séjour. Même si les policiers se sont excusés, leur attitude a été néfaste pour Peter, qui a de nouveau une peur paralysante, l'empêchant d'avoir une vie sociale.

Mdm Pays-Bas – Amsterdam – Novembre 2014

UN TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C PLUS EFFICACE... MAIS INABORDABLE

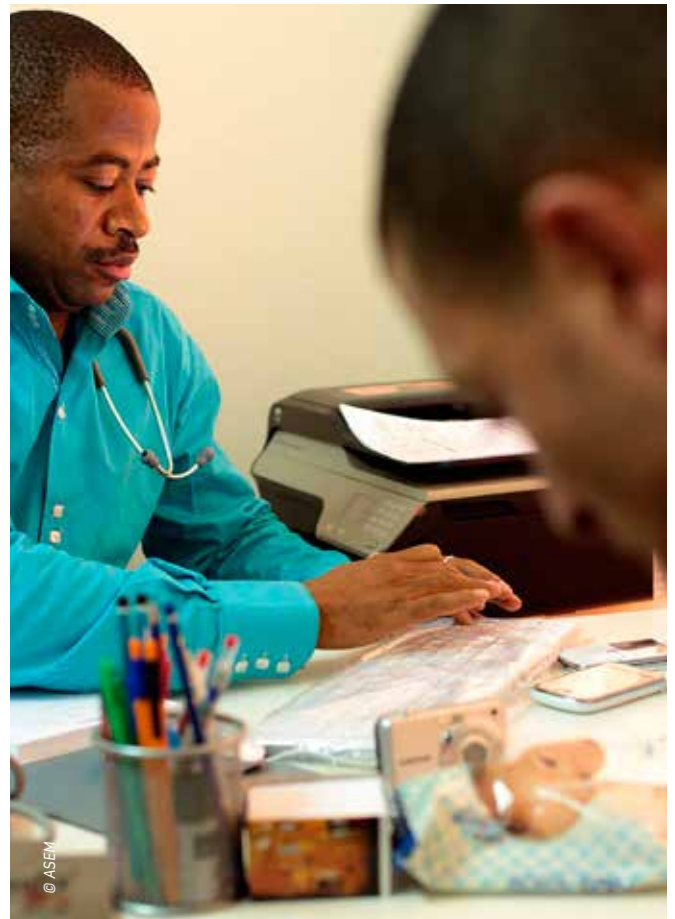
On estime à 185 millions le nombre de personnes infectées par le virus de l'hépatite C dans le monde, une maladie du foie pouvant être mortelle lorsqu'elle se développe en cirrhose ou en cancer. Il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C. Les traitements disponibles ont de nombreux effets secondaires et de faibles taux de guérison (entre 50 % et 70 %). Une nouvelle génération de médicaments redonne de l'espoir aux patients : les antiviraux à action directe sont mieux tolérés et les taux de guérison sont supérieurs à 90 % !

Pourtant, le premier médicament de cette catégorie, le sofosbuvir, est vendu à des prix exorbitants (en France par exemple, le traitement complet revient à 41 000 euros).

Cela signifie que les systèmes de sécurité sociale de nombreux pays ont commencé à sélectionner les patients les plus malades afin qu'ils accèdent au nouveau traitement. Cela va à l'encontre de tous les bénéfices d'une approche de santé publique, qui consiste à arrêter la propagation de l'infection en traitant toutes les personnes touchées.

Mdm soutient l'innovation dans le champ médical, mais les prix abusifs mettent en péril l'existence même de notre modèle de santé publique, fondé sur la solidarité et l'équité. C'est pourquoi, en février 2015, Mdm a déposé une opposition au brevet sur le sofosbuvir auprès de l'Office européen des brevets. Mdm demande des médicaments contre l'hépatite C abordables pour tous²⁰.

120 <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Hepatitis-C-Medecins-du-Monde-s-oppose-au-brevet-sur-le-sofosbuvir>



CONSULTATION MÉDICALE À L'ASEM – ISTANBUL – TURQUIE – 2014

Le témoignage de Trenton, un jeune Ougandais de 26 ans, illustre comment la violence, la discrimination et l'isolement peuvent construire un cercle vicieux de vulnérabilités, avec un impact grave sur la santé et notamment sur la santé mentale. *« Je suis né en Ouganda. J'ai grandi dans des conditions difficiles. Je n'avais pas de parents pour s'occuper de moi et j'ai été élevé par une tante qui n'était pas souvent en Ouganda. Mon enfance était donc difficile et je n'avais personne à qui parler. Les personnes ayant mon orientation sexuelle ne sont pas acceptées en Ouganda. L'homophobie y est très forte et il est difficile de grandir dans un tel environnement. Je me suis débrouillé pour quitter le pays et suis arrivé au Royaume-Uni.*

Lorsque je suis arrivé au Royaume-Uni, je pensais que la vie y serait facile. Je pensais que je serais libre. Mais il s'est avéré que ce n'était pas le cas. Au Royaume-Uni, je devais vivre avec une personne proche de ma famille et il n'était pas facile d'exprimer qui j'étais. Je devais cacher qui j'étais et je devais prétendre que j'étais heureux et cela me blessait à l'intérieur. En tant qu'être humain, lorsque vous cachez continuellement qui vous êtes et retenez ce qui vous est cher, la plupart du temps cela va vous atteindre. Je ne savais pas ce qui m'arrivait, ce qui se passait autour de moi. J'ai commencé à tomber malade. J'ai commencé à avoir des maux de tête et des douleurs inhabituelles. Je n'avais personne à qui parler. Lorsque j'ai commencé à me sentir malade et à ressentir des douleurs en moi, je n'ai rien pu faire. Je devais continuer à cacher mes sentiments. J'étais tellement déprimé et désorienté et inquiet tout le temps. Rien ne m'intéressait, je n'avais aucun intérêt pour la vie en général. »

Trenton a été conduit à MdM UK par un ami. Il raconte son premier contact : *« Ce moment a changé ma vie. J'ai écrit mon nom, me suis assis et ai attendu patiemment. Le type de soins et de service reçus quand le médecin s'est occupé de moi est quelque chose que je n'avais jamais connu dans ma vie. Ils ont pris soin de moi et étaient si chaleureux et gentils. J'étais tellement reconnaissant. Je me suis immédiatement entendu avec eux et avec le médecin. »*

À son arrivée, Trenton avait vu un médecin généraliste : *« Mais on m'avait dit que sans visa je n'avais pas le droit de retourner voir un médecin généraliste. À MdM UK on m'a rassuré : "Tout le monde a le droit de recevoir des soins, avec ou sans visa". Le médecin bénévole a immédiatement commencé à chercher tous les médecins généralistes de mon quartier. Elle m'a demandé si je m'étais enregistré dans leur cabinet. Je n'oublierai jamais ce jour. Ils ont pris un rendez-vous pour moi et tout était organisé avant que je ne quitte le centre. J'ai été orienté vers différents groupes de soutien et de counselling. Ce jour-là, je suis sorti du centre tellement heureux. Pour une fois, j'étais heureux car je savais qu'il y avait au moins quelqu'un à qui parler. Quelquefois on a juste besoin d'avoir quelqu'un à qui se confier et parler. »*

Le médecin a diagnostiqué une dépression sévère. *« La médecin s'est aussi assurée que je serais reçu dans un groupe de soutien. Cela m'a aidé d'avoir un endroit où je pouvais rencontrer des personnes comme moi pour discuter de nos expériences et s'ouvrir aux autres. Petit à petit, je guérissais, parce que je prenais des médicaments tous les jours. Le groupe de soutien m'a aidé à reprendre confiance en moi et j'ai même été orienté vers un avocat spécialisé dans l'immigration. Mon avocat a pris rendez-vous pour moi à l'Office de l'immigration à Croydon. Ils m'ont gardé parce que mes papiers n'étaient pas en règle. Bien que j'aie pris mes médicaments le matin même, je n'ai pas pu les prendre le lendemain et je ne savais pas à qui parler au centre de détention. Je l'ai dit sans arrêt aux policiers et leur répétais sans cesse "J'ai besoin de mes médicaments". C'est un traitement sur un mois et je ne dois pas rater un jour. »*

Trenton explique qu'il a pu rester en contact avec MdM UK et le médecin généraliste pour arriver à prendre son traitement quotidiennement. *« C'est rude d'être dans un centre de rétention. C'est dur de vivre dans un environnement où tant de personnes sont stressées, où tant de personnes sont déprimées. Les gens pleurent, sont malades et être dans un tel endroit demande de l'aplomb, du courage et du soutien – beaucoup de soutien. Le traitement que je prenais était lourd et pouvait me rendre somnolent. Mais j'étais aussi fort parce que je savais que j'avais un soutien. Tout le monde n'avait pas autant de chance que moi dans le centre de rétention. »* (Trenton parle du soutien du médecin généraliste de MdM UK)

« Beaucoup de monde n'avait pas la possibilité d'avoir les infos pour comprendre ce qu'il leur arrivait. Certaines personnes ne savaient même pas de quelle maladie ils souffraient. Certaines étaient si malades que le seul fait de les regarder vous faisait craindre pour vous-même. Vous voyez tellement de gens pleurer, jour et nuit. Je crois qu'il faut faire plus pour la santé dans les centres de rétention. Après être sorti du centre, on m'a accordé le statut de réfugié. Je suis aujourd'hui libre de vivre. Je suis libre d'être qui je suis sans crainte parce que je vis aujourd'hui dans un pays libre. Cela me procure une certaine paix intérieure de savoir que je peux marcher dans les rues sans me préoccuper des gens qui m'entourent et sans la peur permanente d'être montré du doigt. Je suis complètement libre et je suis si reconnaissant au centre de MdM et au travail qu'ils font pour tant de gens. Il y a tant de personnes dans le pays sans médecin généraliste. Maintenant que je suis un homme libre, j'ai des plans pour l'avenir. J'ai toujours rêvé d'une carrière dans l'informatique, mais quand votre santé n'est pas bonne cela affecte toutes les choses auxquelles vous aspirez. Mais je crois que maintenant c'est à mon tour de briller. J'espère commencer à travailler et trouver un logement personnel. »

MdM UK – Londres – Septembre 2014

CONCLUSION

Les responsables européens reconnaissent de plus en plus l'impact de la crise économique et des mesures d'austérité sur l'accessibilité des systèmes de santé nationaux. En 2014, à la suite des appels répétés des ONG et du Parlement européen¹²¹, la Commission¹²² ainsi que le Conseil de l'Union européenne¹²³ ont réaffirmé leur adhésion aux valeurs d'universalité, d'accès à des soins de qualité, d'égalité et de solidarité.

→ Mdm appelle les États membres et les institutions européennes à garantir un système de santé publique universel, fondé sur la solidarité, l'égalité et l'équité, ouvert à toute personne vivant dans un État membre de l'Union européenne.

Les institutions internationales et européennes ayant demandé aux gouvernements nationaux d'assurer la protection des personnes et des groupes confrontés à de nombreux facteurs de vulnérabilité sont légion. Pourtant les données recueillies par Mdm tout au long de l'année 2014 démontrent clairement que les conséquences de la crise et des politiques d'austérité sont loin d'être passées. En outre, comme le Conseil l'a indiqué, « *l'étendue des effets sur la santé de la crise économique et de la réduction des dépenses publiques de santé pourrait n'être visible qu'au cours des prochaines années* ».

Les données de ce rapport montrent également combien les déclarations d'intention formulées par les États membres au Conseil de l'Union européenne (« *le Conseil reconnaît que l'accès aux soins universel est d'une importance capitale dans la lutte contre les inégalités de santé* ») n'ont été accompagnées d'aucune amélioration réelle dans l'accès aux soins des groupes déjà confrontés à de multiples vulnérabilités, tels que les citoyens des pays tiers sans papiers, les citoyens de l'Union européenne démunis et les groupes victimes de stigmatisation.

Le droit des enfants à la santé et aux soins est l'un des droits humains les plus fondamentaux, universels et essentiels. Cependant, alors qu'elle s'est dotée d'une Charte des droits fondamentaux et d'une Charte sociale,

l'Europe tolère dans le même temps des lois nationales qui empêchent que les vaccinations ou les soins prénataux et postnataux soient universels et accessibles à tous les enfants et à toutes les femmes vivant sur son territoire. Mdm appelle l'Union européenne à développer les mécanismes nécessaires pour transformer cet impressionnant corpus de recommandations non contraignantes en faits tangibles quand il s'agit des plus fondamentaux des droits humains, ceux des enfants et des femmes enceintes. Si l'Union européenne n'a pas comme premier objectif de faire respecter les droits humains par ses États membres, à quoi bon ?

→ Tous les enfants vivant en Europe doivent avoir un accès complet aux protocoles nationaux de vaccination et aux soins pédiatriques. Toutes les femmes enceintes doivent avoir accès à l'interruption de grossesse, aux soins prénataux et postnataux et à un accouchement sans danger.

DÉCONSTRUIRE LES MYTHES...

Les institutions comme le Centre européen de contrôle et de prévention des maladies (ECDC) jouent un rôle clé dans la déconstruction de mythes sur les migrants ou les minorités ethniques toujours répandus par certains responsables politiques pour justifier le fait de ne pas considérer l'égalité en matière de santé publique comme prioritaire. Dans son rapport d'évaluation sur la façon dont les maladies infectieuses affectent les populations migrantes en Europe¹²⁴, l'ECDC indique qu'un « *faible accès aux soins est un important facteur de risque entraînant une dégradation de la santé* ». L'ECDC indique aussi qu'il faut faire plus pour assurer une égalité d'accès aux soins aux migrants, en particulier aux demandeurs d'asile et aux migrants sans papiers. Les gouvernements nationaux devraient s'assurer que des politiques pour lutter contre les maladies infectieuses cohérentes et inclusives sont mises en place de façon à assurer l'accès à la prévention, aux soins et aux traitements à toutes les personnes vivant en Europe.

Un petit nombre de migrants tombent gravement malades après leur arrivée en Europe (personnes vivant avec le VIH, ayant des problèmes psychiatriques ou atteints d'insuffisance rénale, d'un cancer, d'une hépatite,

121 Parlement européen, Résolution du 4 juillet 2013 sur l'impact de la crise en ce qui concerne l'accès aux soins des groupes vulnérables (2013/2044(INI)); Parlement européen, Résolution du 4 février 2014 sur les femmes migrantes sans papiers dans l'Union européenne (2013/2115(INI)); Parlement européen, Résolution du 13 mars 2014 sur l'emploi et les aspects sociaux du rôle et des opérations de la Troïka dans les pays du programme de la zone euro (2014/2007(INI))

122 Communication de la Commission relative à des systèmes de santé efficaces, accessibles et capables de s'adapter. COM(2014) 215 final.

123 Conclusions du Conseil sur la crise économique et la santé. Luxembourg, 20 juin 2014.

124 ECDC Technical Report. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. Stockholm, 2014.

etc.). Pour eux, retourner dans leur pays d'origine, où ils n'auraient pas un accès effectif aux soins adaptés, ne peut être envisagé. Les gouvernements nationaux européens pourraient faire un grand pas en matière de droits humains en protégeant ce petit groupe. Les États membres l'ayant fait n'ont pas constaté d'augmentation significative de migrants malades cherchant une protection. Ces États suivent les recommandations de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, qui considère qu'« un migrant séropositif ne devrait jamais être expulsé s'il apparaît clairement qu'il ne recevra pas les soins de santé et l'assistance nécessaires dans le pays vers lequel il sera renvoyé »¹²⁵. Le fait d'expulser cette personne reviendrait à la condamner à mort. Ce qui va à l'encontre des positions de l'UE et de tous ses États membres qui expriment une « opposition ferme et sans équivoque à la peine de mort en tous temps et en toutes circonstances »¹²⁶. Quand des migrants gravement malades sont expulsés vers un pays où ils ne peuvent recevoir des soins appropriés, ils se retrouvent avec comme perspective une détérioration extrêmement grave de leur état de santé, pouvant les conduire à la mort. Cela doit être évité à tout prix en leur accordant une protection en Europe ainsi qu'un accès aux soins.

→ Les migrants gravement malades doivent être protégés de toute expulsion lorsque l'accès effectif à des soins appropriés ne peut être garanti dans le pays vers lequel ils sont envoyés.

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PEUVENT FAIRE LA DIFFÉRENCE

En 2014, le Conseil et collège européen d'obstétrique et de gynécologie (*European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, EBCOG*) a présenté les standards de soins¹²⁷ développés par ses membres de 36 pays européens, concernant les services obstétricaux, néonataux et gynécologiques. Le conseil souligne qu'« il existe toujours une disparité importante dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, dans la qualité des soins et dans les résultats cliniques entre les pays et même entre les régions d'un même pays ». L'impact économique et social d'une telle inégalité d'accès montre le « besoin im-

périeux d'améliorer l'offre de soins ». L'EBCOG indique que « des protocoles locaux devraient être développés pour soutenir l'égalité d'accès aux besoins de santé pour tous les groupes vulnérables, incluant les migrants et les personnes ne parlant pas la langue du pays d'accueil ».

En avril 2014, L'Association européenne de santé publique (EUPHA), l'école de santé publique d'Andalousie et le Consortium de Catalogne pour la santé et l'action sociale ont rédigé la Déclaration de Grenade¹²⁸. Elle souligne qu'« alors que de nombreux pays européens instaurent des politiques d'austérité, il est particulièrement important pour la communauté de santé publique de prendre la parole sur les plus démunis et marginalisés. Parmi eux de nombreux migrants qui pour des raisons variées sont particulièrement vulnérables. ». La déclaration appelle à une meilleure protection de la santé des migrants, en incluant spécifiquement les migrants sans papiers. Près de 100 institutions européennes et nationales, des associations de professionnels et de la société civiles ont signé le document. Cela montre à quel point les professionnels de la santé souhaitent avoir les moyens de travailler en accord avec leur éthique médicale.

→ En accord avec la Déclaration sur les droits du patient de l'Association médicale mondiale, MdM continuera à procurer des soins à tous sans discrimination. MdM refuse toutes les mesures légales entravant l'éthique médicale et appelle les professionnels de santé à soigner tous les patients quelle que soit leur situation administrative et quels que soient les obstacles légaux existants.

125 APCE résolution 1997 Migrants et réfugiés, et la lutte contre le sida. 2014.

126 Directives de l'Union européenne sur la peine de mort.

127 www.ebcog.org/index.php?option=com_content&view=category&id=44&Itemid=177

128 www.eupha-migranthealthconference.com/?page_id=1766



© GIORGOS MOUTAFIS

LE DROIT DES ENFANTS À LA SANTÉ ET AUX SOINS EST L'UN DES DROITS HUMAINS LES PLUS FONDAMENTAUX, UNIVERSELS ET ESSENTIELS.
ATHÈNES – GRÈCE – 2014.

SIGLES ET ACRONYMES

AME	AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT	NHS	SERVICE DE SANTÉ NATIONAL (NATIONAL HEALTH SERVICE – UK)
AMU	AIDE MÉDICALE URGENTE	NL	PAYS-BAS
BE	BELGIQUE	OCDE	ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
CAP	PROPORTION MOYENNE BRUTE	OMS	ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
CAPT	PROPORTION MOYENNE BRUTE INCLUANT LA TURQUIE	SE	SUÈDE
CH	SUISSE	TR	TURQUIE
CMUC	COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE	UE	UNION EUROPÉENNE
CPAS	CENTRE PUBLIC D'ACTION SOCIALE	UK	ROYAUME-UNI (UNITED KINGDOM)
DE	ALLEMAGNE	VHB	VIRUS DE L'HÉPATITE B
ECDC	CENTRE EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES MALADIES (EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL)	VHC	VIRUS DE L'HÉPATITE C
EL	GRÈCE	VIH	VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE
ES	ESPAGNE	WAP	PROPORTIONS TOTALES MOYENNES (CHAQUE PAYS COMPTE POUR LE MÊME POIDS)
FR	FRANCE	WAPT	PROPORTIONS TOTALES MOYENNES (CHAQUE PAYS COMPTE POUR LE MÊME POIDS) INCLUANT LA TURQUIE
IST	INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE		
MDM	MÉDECINS DU MONDE – MDM		

AUTEURS

- Pierre Chauvin et Cécile Vuillermoz - Département de recherche en épidémiologie sociale, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et Santé Publique (Inserm – Université Sorbonne UPMC)
- Nathalie Simonnot, Frank Vanbiervliet et Marie Vicart - Réseau international de Médecins du monde
- Et Anne-Laure Macherey et Valérie Brunel - Réseau international de Médecins du monde

CONTRIBUTEURS :

Ce rapport n'aurait pu être produit sans la contribution de tous les coordinateurs et de toutes les équipes – bénévoles et salariés – de tous les différents programmes de Médecins du monde et de l'Asem, où les données ont été recueillies, et plus particulièrement :

- Lucile Guieu, réseau international de Médecins du monde
- BE : Sophie Damien, Kathleen Debruyne, Stéphane Heymans, Raissa Sabindemyi & Michel Roland
- CH : Bernard Borel & Janine Derron
- DE : Suzanne Bruins, Sabine Fürst & Heinz-Jochen Zenker
- EL : Eleni Chronopoulou, Konstantina Kyriakopoulou & Christina Samartzi
- ES : José Atienza, Ramòn Estesó & Begoña Santos Olmeda
- FR : Audrey Arneodo, Marielle Chappuis & Agnès Gillino
- LU : Sylvie Martin
- NL : Gerd Beckers, Koen Bollhuis & Margreet Kroesen
- SE : Johannes Mosskin, Hannes Olauson, Jina Sedighi & Louise Tillaeus
- TR : Lerzan Cane, Bass N'Diaye & Sekouba Conde
- UK : Lucy Jones

RÉFÉRENCE POUR CITATION :

Chauvin P, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Vuillermoz C. *L'Accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité*. Paris : Réseau international de Médecins du monde, mai 2015.

CONTACT : NATHALIE SIMONNOT, Médecins du monde - Direction du réseau international
nathalie.simonnot@medecinsdumonde.net +33 1 44 92 14 37

TRADUCTION : THÉRÈSE BENOIT

CONCEPTION GRAPHIQUE : COMMEQUOI? WWW.COMME-QUOI.FR

IMPRESSION : LE RÉVÉREND WWW.LEREVEREND.COM

REMERCIEMENTS

D'abord et avant tout, nous aimerions remercier les 23 040 patients qui ont répondu à nos questions, pour le temps et les efforts qu'il nous ont consacré afin de témoigner de leurs vies souvent douloureuses, et ce malgré les problèmes sociaux et médicaux auxquels il étaient confrontés au moment de nous rencontrer.

Ce travail bénéficie du soutien du ministère de la Santé (France), du Programme européen pour l'intégration et la migration (EPIM), une initiative du Réseau de fondations européennes (NEF), et de la Commission européenne – Direction générale Santé et Sécurité alimentaire, ainsi que d'un financement à travers une subvention de fonctionnement du Programme d'action pluriannuel pour la santé de l'Union européenne (2014 – 2020).

L'entière responsabilité du contenu de ce document incombe aux auteurs et ne reflète pas nécessairement les positions du NEF, d'EPIM ou des fondations partenaires et de la DG Santé et Sécurité alimentaire, ainsi que les positions de la Commission européenne et/ou de l'Agence exécutive pour la santé et les consommateur ou de toute autre institution de l'Union européenne. La Commission européenne et la Direction refusent toute responsabilité concernant l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans ce rapport.





© SARAH ALCALAY

PENDANT COMBIEN DE TEMPS ENCORE AURONT-ILS DES MURS COMME SEULE PERSPECTIVE ? CALAIS – FRANCE – 2014

ALLEMAGNE / ÄRZTE DER WELT → WWW.AERZTEDERWELT.ORG

BELGIQUE / DOKTERS VAN DE WERELD → WWW.DOKTERSVANDEWERELD.BE / MÉDECINS DU MONDE → WWW.MEDECINSDUMONDE.BE

FRANCE / MÉDECINS DU MONDE → WWW.MEDECINSDUMONDE.ORG

ESPAGNE / MÉDICOS DEL MUNDO → WWW.MEDICOSDELMUNDO.ORG

GRÈCE / GIATRI TOU KOSMOU → WWW.MDMGREECE.GR

PAYS-BAS / DOKTERS VAN DE WERELD → WWW.DOKTERSVANDEWERELD.ORG

SUÈDE / LÄKARE I VÄRLDEN → WWW.LAKAREIVARLDEN.ORG

SUISSE / MÉDECINS DU MONDE → WWW.MEDECINSDUMONDE.CH

TURQUIE / ASSOCIATION DE SOLIDARITÉ ET D'ENTRAIDE AUX MIGRANTS → WWW.ASEMISTANBUL.ORG

ROYAUME-UNI / DOCTORS OF THE WORLD → WWW.DOCTORSOFTHEWORLD.ORG.UK

Tous les rapports des Médecins du monde du réseau international sont à retrouver sur : www.mdmeuroblog.wordpress.com

