

L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000

Nadège Drouot (nadege.drouot@medecinsdumonde.net)¹, Anne Tomasino¹, Marie-Dominique Pauti¹, Jean-François Corty¹, Béatrice Luminet¹, Georges Fahet², Françoise Cayla²

1/ Médecins du Monde, Paris, France

2/ Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, Toulouse, France

Résumé / Abstract

Médecins du Monde (MdM) agit en France dans 30 villes et mène 103 programmes de promotion de la santé en centres fixes ou unités mobiles, auprès de populations fragiles en difficulté d'accès à la prévention et aux soins. Pour décrire le profil des publics reçus, témoigner des obstacles à l'accès aux soins et en mesurer les évolutions, MdM a mis en place, depuis 2000, un Observatoire de l'accès aux soins. Les centres fixes utilisent à cet effet un recueil de données commun renseigné pour chaque personne rencontrée.

En 2010, les centres ont accueilli 28 160 personnes, et des données ont été recueillies pour 21 710 d'entre elles. Il y avait 92% d'étrangers et 12% de mineurs. Leur profil socioéconomique est marqué par l'absence ou la précarité du logement, la grande faiblesse des ressources et une situation administrative précaire. Les trois-quarts peuvent en théorie disposer d'une couverture maladie, dont la moitié de l'Aide médicale de l'État (AME) réservée aux étrangers en situation irrégulière. Parmi les obstacles à l'accès aux soins principalement repérés : une méconnaissance des droits, la barrière linguistique, des difficultés administratives, des difficultés financières mais aussi la peur des arrestations. L'analyse des données met en évidence les besoins de suivi médical, alors qu'il s'agit de personnes dépourvues de couverture maladie. Les mineurs et les femmes enceintes ne sont pas épargnés.

La complexité des dispositifs administratifs limitent l'accès aux soins. Aussi, dans un objectif de simplification, une fusion de l'AME et la CMU (Couverture maladie universelle) en un seul dispositif pour toutes les personnes résidant sur le territoire et vivant sous le seuil de pauvreté, a été proposée. Mais certaines politiques de sécurité et de lutte contre l'immigration clandestine, par la peur des arrestations qu'elles engendrent, éloignent les personnes des structures de santé et entravent le travail de prévention, de réduction des risques et d'accès aux soins. Ces contradictions devraient être levées dans l'intérêt individuel des personnes et collectif de santé publique.

Access to health care for migrants living in precarious situations, based on data from the Médecins du Monde Observatory: observations in 2010 and main trends since 2000

Médecins du Monde (MdM) is present in 30 cities in France, and runs 103 health programs either through stationary centers or mobile units among populations at-risk in need of access to health care. To describe the profile of the hosted groups, testify on the obstacles to accessing health care and monitor their trends, MdM appointed an Observatory on access to health care since 2000. For this purpose, the stationary centers use a common database providing all information about the registered persons.

In 2010, the centers cared for 28,160 persons, among whom 92% are foreigners and 12% are minor children. Their socio-economic background includes poor or absent housing conditions, lack of resources and precarious administrative conditions. In theory, three-quarters of them are eligible to benefit from health coverage, half of them also eligible to «State Medical Aid» (Aide médicale de l'État) reserved for undocumented migrants. Among identified obstacles: the lack of knowledge of rights, language barriers, administrative and financial difficulties and also the fear of being arrested. A detailed analysis of the data highlights a number of medical follow-up concerns while these persons don't benefit from any health coverage. Minors and pregnant women are not spared either.

The complexity of administrative systems limits the accessibility to health care. Therefore, with an eye to simplification, the «State Medical Aid» (AME) and «Universal Health Coverage» (CMU) should be merged into one single framework for all persons living on the territory and below the poverty threshold. Still, the policies for security and immigration generate fear among these groups of people, taking them away from the health system and slowing down the prevention work, harm reduction and access to health care. That's why these contradictions need to be allayed both to the interest of these individuals and public health care communities.

Mots-clés / Key words

Migrants, précarité, accès aux soins / Migrants, precarity, access to health care

Introduction

En 2010, Médecins du Monde (MdM) était présent en France dans 30 villes, au travers de 103 programmes de promotion de la santé auprès de populations fragiles en difficulté d'accès à la prévention et aux soins : personnes sans domicile, demandeurs d'asile, sans-papiers, Roms, enfants victimes de saturnisme, personnes se prostituant, usagers de drogues ... (figure 1). Les personnes étaient accueillies dans 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), dans un centre de soins pédiatriques à Mayotte et/ou rencontrées au sein de 81 unités mobiles de proximité.

Depuis 2000, suite à la Loi de lutte contre les exclusions (1998) et à la création de la Couverture maladie universelle (CMU, 2000), MdM s'est doté d'un « Observatoire de l'accès aux soins » [1] pour objectiver et témoigner des difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité et en mesurer les évolutions. Cet outil permet de faire le lien entre les conditions de vie des

populations rencontrées par les équipes de MdM, leurs droits à la couverture maladie et leurs problèmes de santé. Il met en lumière les difficultés dans l'accès aux soins et contribue à enrichir la connaissance de populations vulnérables, peu explorées dans la statistique publique.

Cet article présente les principaux constats de l'Observatoire quant au profil des personnes reçues dans les Caso en 2010, les tendances les plus marquantes depuis 2000, en examinant plus particulièrement les difficultés d'accès aux soins.

Méthodologie

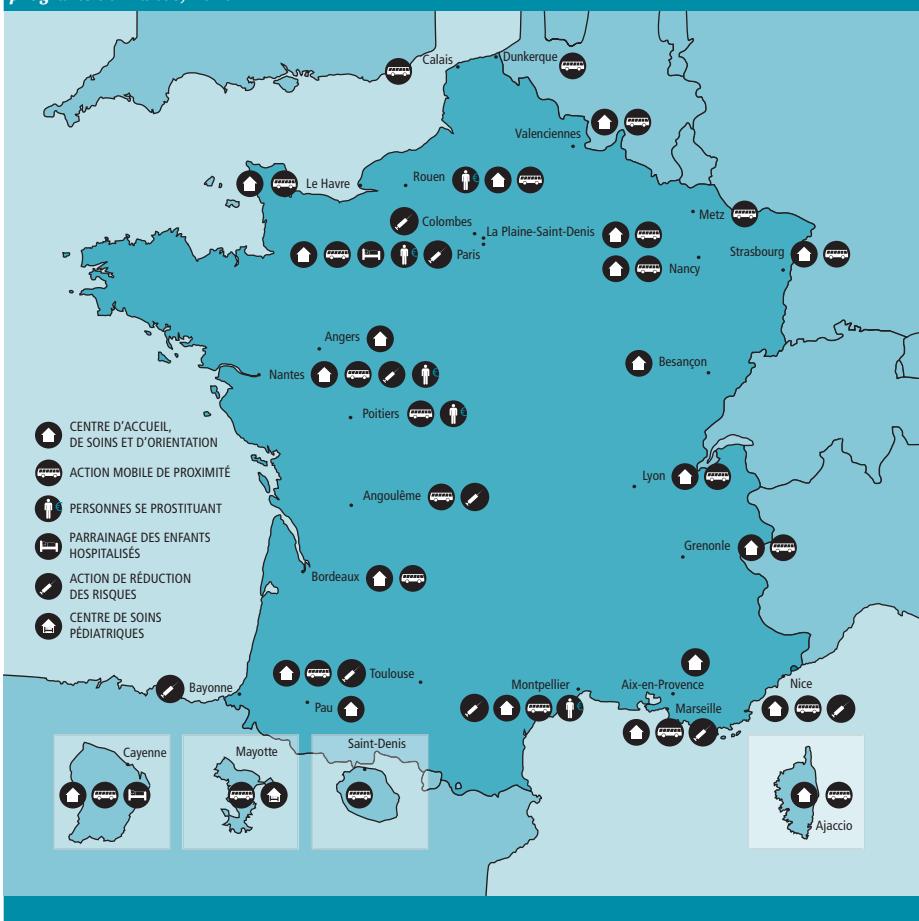
Les Caso mobilisent des équipes pluridisciplinaires (social, médical et paramédical) qui assurent un accueil médico-social à toute personne en difficulté d'accès aux soins. Les données sont recueillies auprès de chaque personne par les intervenants de MdM dans un dossier socio-médical commun à l'ensemble des Caso (révisé chaque année), lors des consultations

sociales et médicales réalisées en présence d'un interprète chaque fois que nécessaire. Elles sont anonymisées et saisies sur informatique puis centralisées et traitées statistiquement avec les logiciels Stata® et Sphinx-Plus2®, en partenariat avec l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées.

Chaque question posée, de même que l'examen médical, sert à évaluer la situation sociale et administrative de la personne ainsi que son état de santé, pour organiser sa prise en charge et/ou son orientation vers le système de droit commun.

Le dossier social, renseigné par un accueillant ou un travailleur social pour chaque personne lors de sa première venue au centre, contient les caractéristiques démographiques (âge, sexe et nationalité) et les caractéristiques sociales (situation familiale, type et conditions de logement, activité, ressources, situation administrative et couverture maladie). La stabilité du logement est déterminée par la personne elle-même.

Figure 1 Les programmes de Médecins du Monde en France, 2010 / Figure 1 Médecins du Monde health programs in France, 2010



Celle-ci peut être hébergée par de la famille ou des amis et estimer que cette situation est stable ou *a contrario* provisoire, ce qui rend le logement précaire. Les autres formes de logement précaire intègrent les occupations de logement sans bail ou de terrain sans droit. Le logement est considéré surpeuplé à partir de deux personnes par pièce. Les personnes dites « sans domicile » sont celles qui déclarent vivre à la rue ou être en hébergement d'urgence au moment de la consultation. Le dossier comprend les critères permettant de déterminer si la personne peut bénéficier ou non d'une couverture maladie, comme les

revenus, la durée de résidence sur le territoire ou la situation administrative, ainsi que les obstacles dans l'accès aux droits et aux soins exprimés par la personne et/ou repérés lors de l'entretien.

Les données médicales sont recueillies par le médecin et consignées dans le dossier médical initial, qui comporte les antécédents médicaux ainsi que le statut vaccinal et sérologique. Une fiche de consultation vient compléter les informations lors de chaque nouvelle visite, au cours de laquelle sont renseignés le(s) motif(s) de consultation, les informations relatives à l'examen médical, le(s) diagnostic(s) posé(s), les

traitements et examens complémentaires prescrits et les orientations nécessaires. Les motifs et résultats de consultation sont codés selon la Classification internationale des soins de santé primaires. Les médecins évaluent par ailleurs si le(s) problème(s) de santé aurai(en)t du(s) être traité(s) plus tôt, ce qui permet de déterminer le retard de recours aux soins.

Les résultats présentés dans cet article s'appuient sur deux bases de données distinctes pour l'année 2010 :

- la base « patients », où sont enregistrées les données du dossier social lors de la première visite du patient au centre ;
- la base « visites », où sont enregistrés chaque passage au centre et toutes les informations recueillies lors de chaque consultation médicale.

Pour ces résultats, les dénominateurs varient selon le nombre de données manquantes à la question concernée.

Résultats

En 2010, les 21 Caso ont accueilli 28 160 personnes différentes lors de 59 316 passages ; ils ont effectué 38 606 consultations médicales pour 21 236 patients différents et 3 919 consultations dentaires pour 1 742 patients différents (tableau 1). Les équipes d'accueil ont par ailleurs renseigné 21 710 dossiers sociaux. Après une tendance à la baisse des consultations médicales depuis le début des années 2000, celles-ci ont augmenté en 2010 de plus de 10% par rapport à 2008. Le nombre moyen de consultations médicales par personne était de 1,8, chiffre stable depuis l'année 2000. Parmi les 21 236 personnes différentes ayant bénéficié d'une consultation médicale, 62% avaient vu le médecin une seule fois. Les personnes reviennent parfois pour rencontrer le travailleur social, le plus souvent pour des questions liées à la couverture maladie.

Caractéristiques démographiques

Parmi les 21 710 personnes pour lesquelles un dossier social a été renseigné en 2010, 58% étaient de sexe masculin, sans variation notable depuis 2000. L'âge moyen était de 33,5 ans, sans variation selon le sexe. Plus de la moitié (55%) étaient de jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans,

Tableau 1 Évolution des caractéristiques des patients reçus dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde entre 2000 et 2010, France / Table 1 Characteristics of patients seen in health care and guidance clinics of Médecins du Monde between 2000 and 2010, France

	Nombre de passages	Nombre de patients différents	Nombre de consultations médicales et dentaires	Mineurs (%)	Femmes (%)	Français (%)	Logement stable (%)	Étrangers sans autorisation de séjour ^b (%)	Étrangers concernés par une demande d'asile ^{c,d} (%)	Droits théoriques à la couverture maladie			Retard de recours aux soins (%)
										Assurance maladie (%)	Aide médicale de l'État (%)	Aucun droit (%)	
2000	ND	ND	35 541 ^a	ND	41,2	21,7	37,0	49,3	ND	ND	ND	ND	ND
2001	51 208	25 619	48 535	10,0	39,2	14,4	42,8	44,2	30,0	41,0	50,0	9,0	ND
2002	51 277	24 682	50 716	9,2	39,8	13,1	45,2	46,6	30,0	37,0	53,0	10,0	ND
2003	45 057	19 863	43 526	9,2	40,9	14,4	44,5	47,3	27,0	37,1	53,7	9,2	8,7
2004	53 132	22 378	40 625	9,8	43,5	11,2	43,1	59,6	31,2	35,9	45,1	19,0	9,4
2005	62 118	26 348	45 776	9,6	44,0	10,9	38,8	71,0	29,0	28,8	49,0	22,2	8,0
2006	56 137	24 977	38 490	8,1	45,3	10,3	40,0	76,8	19,8	24,2	55,2	20,6	12,6
2007	54 698	24 092	38 034	9,5	44,6	11,3	41,9	72,3	26,2	29,2	48,6	22,2	11,4
2008	54 389	24 685	38 529	9,8	43,6	11,2	29,9	73,8	27,4	24,1	54,6	19,9	17,0
2009	56 173	25 863	40 341	11,9	41,9	9,8	26,5	71,2	32,8	23,6	52,0	22,6	22,0
2010	59 316	28 160	42 525	11,6	41,7	8,2	23,7	67,2	38,0	23,8	50,6	23,7	24,1

ND : données non disponibles.

^a Le nombre de consultations dentaires n'a pas été enregistré en 2000 ; ^b Le dénominateur est le nombre d'étrangers majeurs, devant justifier d'un titre de séjour ; ^c Le dénominateur est le nombre total d'étrangers extracommunautaires ; ^d Les étrangers concernés par une demande d'asile peuvent être en cours de procédure ou déboutés.

Source des données : Rapport 2010 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, octobre 2011. Disponible à : <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Publications/Les-rapports/En-France>

6,5% étaient âgés de plus de 60 ans et 12% étaient mineurs.

Près de 92% étaient étrangers et 151 nationalités différentes étaient représentées. La part des Français en 2010 était la plus faible enregistrée depuis 10 ans (8% *versus* 22% en 2000). Les ressortissants d'Afrique subsaharienne étaient les plus représentés avec plus de 26%, devant l'Union européenne (hors France) et le Maghreb (respectivement 21% et 20%) et enfin l'Europe hors UE (12,5%). Les autres personnes, originaires d'Océanie et d'Amérique, du Proche et Moyen-Orient ou d'Asie, représentaient 12%.

Caractéristiques sociales

Parmi les personnes ayant répondu aux questions sur leur logement (19 881), un quart le considéraient stable, proportion en nette diminution par rapport à 2000 (37%). Par ailleurs, 48% vivaient dans un logement précaire, 16% étaient hébergés par un organisme ou une association. Près du tiers d'entre elles considéraient leur logement comme insalubre et 55% vivaient dans des conditions de surpeuplement. Environ 13% étaient sans domicile.

Pour les 1 984 mineurs pour lesquels le logement a été abordé, près d'un tiers étaient hébergés par un organisme ou une association, 37% habitaient dans un logement précaire et 9% vivaient à la rue. Trois personnes sur 10 déclaraient exercer une activité pour gagner leur vie (sur un total de 17 607 personnes), mais 98% vivaient en dessous du seuil de pauvreté (949 euros mensuels pour une personne seule), un tiers n'avaient aucune ressource.

Les questions concernant l'asile ont été abordées avec 14 546 étrangers (hors UE), parmi lesquels 38% avaient été ou étaient en demande d'asile, part la plus importante enregistrée depuis 10 ans (30% en 2001). Les deux tiers environ des étrangers devant justifier d'un titre de séjour (15 443) n'en possédaient pas.

Difficultés d'accès aux droits et aux soins

Les trois-quarts des personnes rencontrées relevaient théoriquement d'un dispositif de couverture maladie : la moitié de l'Aide médicale de l'État (AME, couverture maladie des

personnes en situation irrégulière) et un quart de l'Assurance maladie (sécurité sociale de base et/ou Couverture maladie universelle complémentaire, CMUc). La proportion de personnes ayant potentiellement droit à l'AME était restée stable depuis 2000, tandis que celle concernée par l'Assurance maladie diminuait chaque année (elle était de 41% en 2001). Cependant, 82% des personnes ayant droit à une couverture maladie n'en avaient aucune ; c'était le cas pour 88% des mineurs.

Le quart restant ne pouvait accéder à une couverture maladie, le plus souvent en raison du critère de résidence de 3 mois en France instauré depuis 2004, qui a eu pour effet de plus que doubler le nombre de personnes exclues de toute couverture maladie (9% en 2001). Entre 2003 et 2004, le pourcentage de personnes sans aucun droit est passé de 9% à 19%, et ce chiffre est nettement orienté à la hausse depuis 2008.

Des obstacles à l'accès aux soins ont été cités par 15 480 personnes. Les plus fréquents étaient la méconnaissance de leurs droits et des structures délivrant des soins (27%), la barrière linguistique (26%), les difficultés administratives (24%) du fait de la complexité des démarches avec parfois des demandes de justificatifs non prévus dans les textes réglementaires. Les obstacles d'ordre financier étaient cités par 7% des personnes qui évoquaient notamment la complémentaire trop chère, les difficultés d'avance de frais, le paiement des franchises, les soins mal remboursés (dentaires et optique notamment), pour les personnes dépassant le seuil d'attribution de la CMUc ou de l'AME (634 euros au 1^{er} juillet 2010).

Enfin, parmi 5 852 étrangers sans titre de séjour ayant accepté d'aborder le sujet, 58% déclaraient limiter leurs déplacements ou leurs activités de peur d'être arrêtés.

Données médicales

En 2010, selon l'avis des médecins, 24% des patients avaient eu recours aux soins de façon tardive, phénomène en hausse par rapport aux années précédentes (11% en 2007, 17% en 2008, 22% en 2009).

Dans 45% des consultations où un diagnostic a été posé (soit 21 770 consultations), les

patients nécessitaient une prise en charge d'une durée d'au moins 6 mois, pour des grossesses ou des pathologies telles que l'hypertension artérielle, le diabète, certaines pathologies du système locomoteur et les syndromes dépressifs, alors qu'il s'agissait très majoritairement de personnes dépourvues de toute couverture maladie.

Environ 10% des femmes reçues dans les Caso étaient enceintes. Le jour de la consultation, 8% d'entre elles étaient à la rue et 94% ne disposaient d'aucune couverture maladie. Plus de la moitié accusaient un retard de suivi de grossesse et 32% d'entre elles avaient accès aux soins pré-natals classiques.

Le taux de couverture vaccinale des personnes considérées à jour des principaux vaccins obligatoires ou recommandés variait entre 28 et 44% selon les vaccins.

Dans les deux Caso de Paris et de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), 1 672 personnes ont été dépistées pour le VIH et 1 710 pour les hépatites virales. Parmi les patients dépistés, la proportion de sérologies confirmées positives atteignait 2,6% pour le VIH, 6,5% pour l'hépatite B (AgHbs+) et 6,5% pour le VHC. Le dépistage de la tuberculose auprès des patients de ces deux Caso a permis d'identifier 14 cas parmi 1 111 patients orientés vers une radiographie pulmonaire, soit 1,3%.

Discussion

Devant le nombre important de demandes de consultation, certains centres de MdM privilégièrent de recevoir les personnes sans aucune couverture maladie et, quand c'est possible, orientent dès l'accueil les personnes qui disposent de droits ouverts vers le système de droit commun, ce qui a pour effet de surreprésenter les personnes sans droit à la couverture maladie. Ainsi, pour témoigner des difficultés d'accès aux droits et aux soins, MdM collige, depuis l'année 2000, les obstacles rencontrés qui empêchent les personnes reçues d'ouvrir leurs droits à la couverture maladie ou de les faire valoir et de recourir aux soins dans le système de droit commun.

Au travers du changement de profil des publics reçus depuis 2000 et des difficultés rencontrées pour accéder aux soins, nos résultats suggèrent que la loi portant création de la CMU, même si elle a représenté une avancée considérable pour l'accès aux soins de plus de 4 millions de personnes [2], n'a pu résoudre les problèmes d'accès aux soins pour tous, et en particulier pour les étrangers en situation administrative précaire.

Les données permettent de mettre en évidence trois évolutions notables concernant les droits potentiels à la couverture maladie des patients reçus à MdM. La première est la diminution régulière des personnes relevant de l'Assurance maladie, consécutive à la baisse concomitante des patients français consultant à MdM, liée probablement elle-même à la mise en place de la CMU. La seconde s'est produite en 2004 avec l'introduction de la condition d'une résidence ininterrompue de 3 mois en France pour l'ouverture des droits à l'AME. Cette mesure s'est accompagnée d'une augmentation forte cette même année du nombre de personnes exclues de toute couverture maladie. La troisième est

Encadré Mayotte, département d'exception / Box Mayotte Island, an exceptional district

Mayotte, île de l'archipel des Comores et 101^e département français depuis avril 2011, ne dispose pas du dispositif de couverture maladie CMU (Couverture maladie universelle), ni de l'AME (Aide médicale de l'État). Leur mise en place n'est pas inscrite à l'agenda de la départementalisation qui s'étendra sur 15 années. Alors que les soins étaient gratuits pour tous jusqu'en 2005, la mise en place de la sécurité sociale s'est accompagnée de l'instauration d'un forfait allant de 10 à 300 euros selon les actes pour les personnes ne pouvant faire la preuve de leur nationalité française ou ne pouvant être affiliées à la sécurité sociale. Des bons d'accès permettant d'éviter l'avance de frais (« bons roses ») ont été mis en place par les institutions locales pour la consultation des enfants dans le système de soins public en 2008, mais ils sont peu connus des personnes et leurs modalités de délivrance sont variables d'un dispensaire à l'autre.

Médecins du Monde (MdM) a ouvert un centre de soins pédiatriques, fin 2009, dans un quartier pauvre proche de la capitale Mamoudzou. En 2010, ce centre a effectué 5 286 consultations médicales pour 2 477 enfants. La quasi-totalité des personnes qui sont venues consulter à MdM étaient d'origine comorienne. Des liens familiaux, culturels et économiques ont existé de tout temps entre les îles de l'archipel des Comores. La migration est d'abord économique (>50%), puis familiale (25%) et, à la marge, sanitaire (4%) [11].

Seuls 20% des enfants reçus dans le centre étaient affiliés à la sécurité sociale. Les trois-quarts des accompagnants méconnaissaient les « bons roses » et 72% d'entre eux indiquaient ne pas avoir eu recours aux soins pour des raisons économiques. S'ajoutait la peur de se déplacer pour 64% des personnes rencontrées, induite par les expulsions massives (26 000 expulsions pour un territoire de moins de 200 000 habitants en 2010 [12]). Un tiers des enfants présentaient un retard de recours aux soins, et les pathologies liées à la précarité des conditions de vie (habitat en tôle, difficultés d'accès à l'eau) et au contexte épidémiologique de l'île (paludisme, lèpre endémique, dengue) étaient aggravées par le cumul des obstacles à l'accès aux soins.

l'entrée en 2007 de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne (UE), avec l'application stricte, l'année suivante, d'une circulaire [3] restreignant l'accès à la CMU pour les ressortissants communautaires. En effet, les ressortissants de l'UE présents en France depuis plus de 3 mois, inactifs, sans assurance maladie dans leur pays d'origine, représentant une charge pour l'État, sont désormais considérés comme en situation irrégulière et ne peuvent prétendre à la CMU. Ils ne peuvent qu'accéder à l'AME.

Le profil socioéconomique des patients est marqué par la précarité et des conditions de vie difficiles, avec une dégradation des conditions de logement. Les femmes enceintes ne sont pas épargnées, ce qui pose la question des conditions du suivi de leur grossesse. En effet, cette situation n'est pas sans conséquence : premier contact tardif, nombre de consultations prénatales insuffisantes, risque accru de pathologies gravidiques non dépistées.

L'analyse des données recueillies met en évidence les besoins de suivi médical des patients, alors qu'il s'agit de personnes dépourvues de couverture maladie : retard de recours aux soins pour un quart d'entre eux, nécessité d'une prise en charge d'au moins 6 mois pour près de la moitié d'entre eux, retard de suivi des grossesses pour la moitié des femmes enceintes, proportion de sérologies confirmées positives parmi les patients dépistés pour le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C, respectivement 12 [4], 10 et 8 fois [5] plus élevées qu'en population générale. La couverture vaccinale est faible dans un contexte de retour de la rougeole en population générale et de risques élevés de tuberculose liés aux conditions de vie. En effet, on retrouve une proportion élevée de cas de tuberculose parmi les patients dépistés (1,3%).

La complexité du droit en matière d'immigration et de ses réformes successives (multiplication des catégories de titre de séjour), combinée à la complexité du droit de l'Assurance maladie pour déterminer la régularité du séjour, ne facilite pas l'accès à un dispositif de couverture maladie.

On peut souligner le nombre important de personnes qui consultent dans les Caso alors qu'elles pourraient avoir accès aux droits et consulter dans le système de droit commun. Les obstacles à cet accès sont le plus souvent des obstacles administratifs. Les témoignages font état de demandes de documents non prévus dans le cadre réglementaire pour instruire les dossiers d'AME (relevé d'identité bancaire, extrait d'acte de naissance en sus d'autres pièces d'identité...), sous couvert de lutter contre la fraude, pourtant quasi-inexistante selon plusieurs rapports officiels [6;7]. Une circulaire de septembre 2011 [8] est venue rappeler les modalités d'admission à l'AME et, en particulier,

les documents nécessaires à la constitution de la demande. Le Comede (Comité médical pour les exilés), association partenaire de MdM, confirme que les difficultés résident dans la complexité du système et la méconnaissance du droit et des procédures par les professionnels de la santé, du social ou de la sécurité sociale [9]. Il s'ensuit un ralentissement des délais de traitement et donc d'ouverture de droits. Les conséquences sont connues : retards de recours aux soins (nettement en hausse ces trois dernières années parmi les patients reçus par MdM), et donc une aggravation des pathologies et le surcoût humain et financier que cela induit. Ces difficultés sont d'autant plus grandes lorsque les personnes ne maîtrisent pas la langue française. Le recours à l'interprétariat professionnel est l'une des solutions pour améliorer la prise en charge des migrants.

De plus, la situation des mineurs est particulièrement préoccupante. En vertu de la Convention de l'Organisation des Nations unies (ONU) du 20 novembre 1989, ratifiée par la France l'année suivante, les mineurs doivent être protégés et bénéficier de la sécurité sociale et du meilleur accès à la santé possible. Or, 88% des mineurs rencontrés n'ont pas de couverture maladie alors qu'ils devraient tous pouvoir y prétendre sans délai.

De manière pragmatique et dans un objectif de simplification à l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de toute personne résidant en France, quel que soit son statut administratif, vivant sous le seuil de pauvreté, MdM, avec d'autres associations et récemment le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale [10], proposent de fusionner l'AME et la CMU en un seul dispositif. Cela permettrait des économies de gestion, une simplification pour les bénéficiaires et les professionnels de santé ainsi qu'une sécurisation du parcours de soins.

Certaines politiques de sécurité et de lutte contre l'immigration clandestine, par la peur des arrestations qu'elles engendrent, éloignent des personnes des structures de santé, ce qui entrave le travail de prévention, de réduction des risques, d'accès aux droits et aux soins, et plus généralement, à la santé. Les contradictions entre ces politiques et les enjeux de santé publique devraient être levées afin de protéger les individus et respecter l'intérêt collectif.

Remerciements

- À toutes les personnes qui acceptent de répondre aux questions et de décrire leur situation et leurs parcours de vie ;
- à tous les acteurs de la Mission France de Médecins du Monde, investis au quotidien auprès des publics en situation de précarité ;
- à toutes les personnes investies dans l'élaboration des outils de recueil de données.

Références

- [1] <http://www.medecinsdumonde.org/En-France/Observatoire-de-l-acces-aux-soins>
- [2] Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Rapport d'activité 2010. 105 p. Disponible à : http://www.cmu.fr/userdocs/RA_2010.pdf
- [3] Circulaire DSS/DACI n°2007-418 du 23 novembre 2007 relative au bénéfice de la couverture maladie universelle de base (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) des ressortissants de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et de la Suisse résidant ou souhaitant résider en France en tant qu'inactifs, étudiants ou demandeurs d'emploi.
- [4] Cazein F, Le Vu S, Pillonel J, Le Strat Y, Couturier S, Basselier B, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2009. Bull Epidémiol Hebd. 2010; (45-46):451-4.
- [5] InVS, CnamTS, Cetaf. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire ; 2007:26-36. Disponible à : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/index.html
- [6] Cordier A, Salas F. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide médicale d'État. Paris: Inspection générale des Finances ; Inspection générale des Affaires sociales; 2010. 161 p. Disponible à : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000685/0000.pdf>
- [7] Assemblée nationale. Rapport d'information n°3524, fait au nom du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État. Paris: Assemblée nationale; 2011. 158 p. Disponible à : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3524.asp>
- [8] Circulaire N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs).
- [9] Comité médical pour les exilés (Comede). La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2010. Paris: Comede. 74 p. Disponible à : <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2010.pdf>
- [10] Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale [Internet]. Avis du CNLE du 5 juillet 2011. Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis. Disponible à : <http://www.cnle.gouv.fr/Avis-CNLE-du-5-juillet-2011.html>
- [11] Florence S, Lebas J, Parizot I, Sissoko D, Querre M, Paquet C, et al. Migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007 : enseignements d'une enquête représentative en population générale. Rev Epidémiol Santé Publique. 2010;58(4):237-44.
- [12] Malango Actualité [Internet]. Mayotte, les sujets d'actualité débattus au petit déjeuner préfectoral, n°292, du 28 janvier 2011. Accès restreint à : http://www.malango-actualite.fr/article/mayotte_les_sujets_d_8217_actualite_debattus_au_petit_dejeuner_prefectoral-7203.htm