L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité dans 27 villes de 10 pays. Rapport sur les données sociales et médicales recueillies en 2013 pays européens, en Turquie et au Canada.

Pierre Chauvin, Nathalie Simonnot, Caroline Douay, Frank Vanbiervliet

▶ **To cite this version:**

Pierre Chauvin, Nathalie Simonnot, Caroline Douay, Frank Vanbiervliet. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité dans 27 villes de 10 pays. Rapport sur les données sociales et médicales recueillies en 2013 pays européens, en Turquie et au Canada.. Médecins du Monde/Doctors of the World International Network, pp.124, 2014. inserm-00992161

HAL Id: inserm-00992161

https://inserm.hal.science/inserm-00992161

Submitted on 16 May 2014

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.

MÉDECINS DU MONDE DOCTORS OF THE WORLD LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO ÄRZTE DER WELT
Argentina | Belgium | Canada | France | Germany | Greece | Japan | Netherlands | Portugal | Spain | Sweden | Switzerland | United Kingdom | United States of America

L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité dans 27 villes de 10 pays

Rapport sur les données sociales et médicales recueillies en 2013 dans huit pays européens, en Turquie et au Canada

© Giorgos Moutafis
« Je suis lesbienne. J'ai été mariée de force, c'est pour cela que je suis enceinte. J'ai dû m'enfuir pour ne pas être tuée. Ici, à l'hôpital, on m'a donné un devis de 12000 euros pour accoucher». MdM UK, Londres, 2014.

Mai 2014

Remerciements

Nous tenons à remercier en priorité les 18 098 patients qui ont répondu à nos questions, pour le temps et les efforts qu'ils ont accepté de nous consacrer afin de témoigner de leur vie, souvent pénible, et ce malgré les difficultés sociales ou sanitaires auxquelles ils étaient confrontés au moment de nous rencontrer.

Ce rapport n'aurait pu être produit sans la contribution de toutes les personnes qui ont participé à la collecte et l'analyse des données, en particulier Marion SOLER à l'Inserm, et tous les coordinateurs et équipes salariées et bénévoles des différents programmes de Médecins du monde où ces données ont été collectées.

Ce travail bénéficie du soutien de la Direction générale de la santé (France) et du European Programme for Integration and Migration (EPIM), une initiative collaborative du Network of European Foundations (NEF).

L'entière responsabilité du contenu de ce document incombe aux auteurs et ce contenu ne reflète pas nécessairement les positions du NEF, d'EPIM ou des fondations partenaires.

Référence pour citation :

Chauvin P, Simonnot N, Douay C, Vanbiervliet F. *L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité dans 25 villes de 10 pays. Rapport sur les données sociales et médicales recueillies en 2013 dans huit pays européens, en Turquie et au Canada*. Paris : Réseau international de Médecins du monde, 2014.

Table des matières

Remerciements 2
Synthèse 5
2013 en chiffres 7
Contexte : l'impact de la crise sur les systèmes de santé 9
Les effets démontrés de la crise et de l'austérité à travers l'Europe 9
L'impact sur la santé des femmes et des enfants 10
Des politiques basées sur la peur et l'intolérance et pas sur des faits 11
Quelques évolutions positives des politiques nationales 12
Introduction à l'enquête de 2013 13
Méthodes 14
Présentation synthétique des programmes et sites d'enquête 14
Statistiques 17
Effectifs enquêtés 19
Focus sur la situation des femmes enceintes 21
Les femmes enceintes en Turquie 26
Les femmes enceintes au Canada 27
Le refus de délivrer des certificats de naissance aux mères qui n'ont pas pu payer 28
Focus sur la vaccination des mineurs en Europe 29
La connaissance des lieux vaccination 35
Les caractéristiques démographiques 36
Sexe et âge 36
Nationalités et zones géographiques d'origine 36
Durées de séjour des non-nationaux dans le pays d'enquête 41
Raisons de migration 43
Les conditions de vie 45
Conditions de logement 45
Situation administrative 47
Activité et revenus 51
Soutien moral 52
Les violences subies 55
L'accès aux soins 62
La couverture des dépenses de santé 62
Les obstacles à l'accès aux soins 63
Le renoncement aux soins 65

Le racisme dans les structures de santé 66
Les refus de soins 67
Les états de santé 69
L'état de santé ressenti 69
Maladies chroniques et maladies aigües 72
Traitements 74
Des patients peu suivis avant d'arriver à MdM 74
Des problèmes de santé peu connus avant la venue en Europe 77
Les problèmes de santé par appareil 78
Les dépistages 83
Hépatite C 83
Hépatite B 86
VIH/Sida 90
Souhait et connaissance en matière de dépistage du VIH, VHB ou VHC 93
Tuberculose 95
L'Espagne : bouleversement du système de santé et résistance sociale 97
La destruction d'un système de santé qui était universel 97
La réponse de Médicos del Mundo 98
Les données en Grèce 100
Effectifs 100
Caractéristiques démographiques et conditions de vie 101
Statuts vaccinaux 106
Statuts sérologiques 108
Les violences 109
Grèce : peut-on sauver la santé publique ? 111
Vaccination, soins prénataux et accouchement 112
Des groupes stigmatisés déjà victimes d'exclusion avant la crise 113
Réponse de MdM Grèce face à la crise 114
Les organismes européens et internationaux s'engagent pour la protection de la santé 116
Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU 116
Le Conseil de l'Europe 116
Les institutions de l'Union européenne 117
Conclusion 119
Table des figures et tableaux 120

Synthèse

Ce rapport de Médecins du monde (MdM) présente l'analyse des données recueillies dans 27 villes de 10 pays : huit pays européens, plus la Turquie et le Canada.

En 2013, ces données concernent 18 098 personnes (dont 16 881 dans les huit pays européens) et 31 067 contacts (dont 29 400 dans les huit pays européens), dont 17393 consultations médicales (15799 dans les huit pays européens), ayant conduit à 23 697 diagnostics différents qui ont été rapportés et codés (dont 21 913 dans les huit pays européens).

Nous avons décidé, cette année, de réaffirmer la nécessité d'un accès inconditionnel au suivi prénatal des femmes enceintes et aux vaccinations essentielles des enfants qui aujourd'hui ne sont pas toujours assurés. Il s'agit là d'un déni de droit, contraire aux droits fondamentaux, aux conventions internationales et au respect des fondamentaux de la santé publique.

Les résultats de 2013 indiquent que pour les **353 femmes enceintes reçues, près de 70 % n'avaient pas eu accès aux soins prénataux avant de consulter dans nos centres et plus de 40 % avaient reçu des soins trop tardivement, c'est-à-dire après leur douzième semaine de grossesse**. Lors de leur première consultation médicale, **les médecins ont jugé que plus de 70 % d'entre elles nécessitaient des soins urgents ou assez urgents. La mise en danger des femmes et de leurs enfants à naître concerne donc les deux tiers des femmes enceintes reçues à Médecins du monde.**

En 2013, 1 703 mineurs ont consulté l'un des centres européens et ont été enregistrés dans la base de données, soit 10,4 % des patients. **Seul un mineur sur deux, au mieux, est vacciné contre le tétanos, l'hépatite B, la rougeole ou la coqueluche. Dans certains pays, ce taux est inférieur à 30 %, ce qui est bien en-deçà des taux de couverture vaccinale de la population générale, qui se situent autour de 90 % pour les vaccins les plus courants.**

Alors que la population générale est confrontée à une pauvreté grandissante, certains partis politiques profitent de cette situation pour accabler les migrants démunis, qui représentent des boucs émissaires faciles à trouver.

Dans le même temps, dans plusieurs pays, les groupes déjà fragilisés avant la crise - migrants sans papiers, demandeurs d'asile, usagers de drogues, travailleur(se)s du sexe, ressortissants européens démunis et sans-abris - connaissent une réduction, voire une privation des filets de sécurité et des réseaux sociaux qui leur assuraient une assistance de base. Les mécanismes de couverture santé se dégradent laissant une part grandissante à la charge de chaque patient, fut-il sans ressources financières, dans un contexte où les besoins d'un nombre de plus en plus important de personnes en situation de précarité augmentent. **Cette injustice remet en cause le socle social de la solidarité en Europe et doit être combattue.**

Les Organisations non gouvernementales (ONG) et les prestataires de soins font preuve de solidarité, mais *in fine* il revient aux gouvernements d'assurer la protection des populations vulnérables, ce que certains semblent oublier sous la pression de calculs économiques à court terme et de politiques d'austérité. Les personnes vulnérables ont besoin d'encore plus de protection en ces temps de crise, et non de l'inverse.

Près de la moitié des patients reçus par Médecins du monde vivent en situation régulière en Europe. La situation est encore plus dure pour les personnes sans autorisation de séjour, européens ou extra européens.

De nombreuses études ont montré l'importance de dépister les antécédents de violence chez les populations migrantes. **En 2013, 76,3 % des personnes interrogées ont rapporté avoir vécu au moins une expérience de violence.** Il s'agit majoritairement d'immigrés du Proche et du Moyen-Orient et de demandeurs d'asile. Les violences les plus fréquentes sont d'avoir vécu dans un pays en guerre et la faim. **Près de 20 % des personnes rapportent des violences subies dans le pays d'enquête.**

Plus d'un **quart des patients reçus par Médecins du monde déclarent un mauvais ou très mauvais état de santé général**. **Pourtant, la santé** personnelle **ne représente que 2,3 % des raisons ayant motivé la migration**, dans la continuité de ce qui était observé les années précédentes. **Ces chiffres démontrent une fois de plus combien les discours contre les migrants qui viendraient profiter des systèmes de santé européens sont infondés.**

Près des deux tiers des patients reçus dans les centres ne bénéficient d'aucune prise en charge de leurs soins au moment où ils s'adressent à nos programmes

Les trois obstacles à l'accès aux soins les plus fréquemment cités sont les problèmes financiers (25,0 %), les problèmes administratifs (22,8 %) et un manque de connaissance ou de compréhension du système de santé et des droits (21,7 %). **Ces résultats contredisent clairement le mythe qui voudrait que les migrants viennent en Europe pour bénéficier des services de santé.**

En tant que professionnels de santé, nous exigeons clairement le droit de dispenser des soins, conformément aux codes de déontologie des professions médicales, à tous les patients, indépendamment de leur statut administratif, de leur origine ethnique ou de leurs ressources financières.

Nous appelons à la création de systèmes de santé nationaux universels, solidaires et équitables, ouverts à toute personne vivant dans l'Union européenne (UE).

Pour les populations particulièrement vulnérables, comme les enfants et les femmes enceintes, ces systèmes doivent permettre un accès inconditionnel aux soins pré et post-nataux, aux programmes de vaccination nationaux et aux soins pédiatriques.

En temps de crise, l'accès aux soins doit être renforcé.

2013 en chiffres

18 098 patients reçus dans 27 villes de 10 pays, dont 8 pays européens plus le Canada et la Turquie

31 067 consultations dont 17393 consultations médicales

23 697 diagnostics

Concernant les 353 femmes enceintes

Parmi les femmes enceintes rencontrées dans les 8 pays européens :

- 66 % n'ont pas accès aux soins prénataux
- 43 % ont reçu des soins trop tardivement
- 70 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents selon les médecins
- 32 % vivent dans un logement néfaste pour leur santé
- 89 % vivent en dessous du seuil de pauvreté
- 36 % déclarent un faible niveau de soutien moral
- 64 % n'ont pas d'autorisation de séjour
- 84 % ne disposent d'aucune couverture maladie

A Istanbul, 100 % des femmes enceintes rencontrées n'ont aucune couverture maladie

A Montréal, une femme enceinte sur deux possède un visa de tourisme ou de court séjour mais 95 % doivent supporter la totalité des coûts des soins

Parmi les 1 703 mineurs

35 % sont vaccinés contre l'hépatite B (sauf en Grèce où ils sont 58 %)

Au mieux, 50 % sont vaccinés contre la coqueluche ou la rougeole

70 % en moyenne ne sont pas vaccinés, ou ne savent pas qu'ils sont vaccinés, contre l'hépatite B, la rougeole ou la coqueluche

Parmi l'ensemble des personnes rencontrées dans les 8 pays européens

44 % sont des femmes

L'âge médian est de 32 ans

95 % sont des étrangers

93 % vivent sous le seuil de pauvreté

11 % sont sans domicile fixe

35 % jugent que leur logement est néfaste pour leur santé ou celle de leurs enfants

16 % ne peuvent jamais compter sur quelqu'un et sont donc complètement isolés

51 % migrent pour des raisons économiques, 31 % pour des raisons politiques et 23 % pour des raisons familiales

Seuls 2,3 % migrent pour des raisons de santé

46 % ont le droit de résider en Europe

38 % sont ou ont été concernés par une demande d'asile

Les trois quarts (76,3 %) des patients avec lesquels la question a été abordée rapportent avoir vécu au moins une expérience de violence

77 % des hommes et 42 % des femmes ont vécu dans un pays en guerre

47 % des hommes et 27 % des femmes ont souffert de la faim

10 % des femmes rapportent des agressions et 6 % un viol

20 % des violences ont été commises depuis l'arrivée dans le pays d'enquête

Etats de santé

63 % ont un état de santé dégradé

26 % se sentent en mauvaise ou très mauvaise santé

28 % déclarent une mauvaise ou très mauvaise santé mentale

34 % ont au moins une maladie chronique

30 % ont au moins un problème de santé qui nécessite un traitement selon les médecins mais qui n'a jamais été suivi ou traité avant la consultation à MdM

30 % ont au moins un problème de santé qui nécessite un traitement selon les médecins mais ils n'ont jamais été suivis ou traités avant la consultation à MdM

Obstacles dans l'accès aux soins

65 % des personnes rencontrées en Europe ne bénéficient d'aucune prise en charge des soins

Les obstacles les plus fréquemment cités dans l'accès aux soins sont les difficultés financières (25 %), les difficultés administratives (23 %), le manque de connaissance ou de compréhension du système de santé et des droits (22 %)

22 % ont renoncé à des soins ou des traitements médicaux au cours de l'année

17 % se sont vus opposer au moins un refus de soins dans l'année

5 % ont été confrontés au racisme dans des structures de santé au cours de l'année

61 % des personnes sans autorisation de séjour déclarent limiter leur déplacement ou activité par peur d'être arrêtées

Contexte : l'impact de la crise sur les systèmes de santé

Un nombre croissant d'études scientifiques ont récemment été menées au sujet des effets précis de la crise économique sur la santé au niveau des populations. Toutefois, seuls les tout premiers effets ont pu être observés jusqu'à aujourd'hui, en raison du délai de plusieurs années avant que ne soient publiées des données relatives à la santé[1].

Les effets démontrés de la crise et de l'austérité à travers l'Europe

La proportion de personnes susceptibles d'être en mauvaise santé mentale a augmenté de plus de 3 millions dans l'UE entre 2007 et 2011. La précarité du logement et du travail ont particulièrement contribué à cette augmentation[2]. Le nombre de suicides[3] chez les personnes de moins de 65 ans a augmenté dans l'UE depuis 2007[4]. La grande vulnérabilité aux problèmes de santé mentale chez les personnes les plus défavorisées peut s'expliquer par des facteurs tels que l'insécurité et le désespoir, une faible éducation, le chômage, l'endettement, l'isolement social et de mauvaises conditions de logement[5]. Les récents foyers de VIH liés à l'injection de drogues en Grèce et en Roumanie ont mis un terme à une évolution positive de baisse du nombre de nouvelles infections par le VIH en lien avec l'usage de drogues[6]. La proportion de personnes se déclarant en bonne ou très bonne santé a décliné substantiellement, en particulier chez les personnes à faible revenu[7]. Parmi les patients reçus en 2013 dans les centres gratuits de santé de Médecins du monde, 27,6 % ont déclaré une santé mentale mauvaise ou très mauvaise.

Il a été démontré que des mécanismes forts de protection sociale atténuent certains des effets négatifs d'une récession sur la santé[8]. Pourtant dans de nombreux pays, la contribution des individus à la couverture maladie ou la part des frais restant à la charge des patients ont été accrues[9]. La Bulgarie, la Grèce, le Portugal, la Roumanie et la Slovénie ont augmenté les prélèvements des employeurs et des employés destinés à l'assurance maladie. Dans de nombreux autres pays[10], face à la crise et au déficit budgétaire des services de santé ou des régimes publics d'assurance maladie, des frais à la charge de l'usager ont été introduits dans les services de santé ou ont subi une hausse.

Les services publics de santé, en particulier les services des urgences, restent souvent la seule porte d'accès aux soins.

Les individus exposés à de multiples facteurs de vulnérabilité subissaient déjà de fortes inégalités en matière de santé avant que la crise ne touche l'Europe. Pourtant, de nombreux programmes de

---

1 Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 381: 1323–31.

2 Sur la base des analyses d'Eurofound des enquêtes sur la qualité de vie en Europe (EQLS). Voir : *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*. Dublin: Eurofound, 2013.

3 Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. *op. cit*.

4 Sources : WHO Mortality Database and Eurostat, 2013.

5 Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Europe, 2011.
Stuckler D, Basu S. *The Body Economic: Why Austerity Kills*. New York: Basic Books, 2013.

6 Collectif. *European Drug Report. Trends and developments.* Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2013

7 Collectif. *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*. Dublin: Eurofound, 2013.

8 Stuckler D, Basu S. *The Body Economic: Why Austerity Kills*. New York: Basic Books, 2013.

9 Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, McKee M. *Health policy responses to the financial crisis in Europe.* Geneva: WHO and European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, Policy Summary n. 5.

10 Arménie, République Tchèque, Danemark, Estonie, France, Grèce, Irlande, Italie, Lettonie, Pays-Bas, Portugal, Roumanie, Fédération de Russie, Slovénie, Suisse et Turquie.

réduction des risques chez les usagers de drogues ont subi des coupes budgétaires ces dernières années (par exemple, au Portugal[11], en Grèce, en Espagne, en Roumanie et en Hongrie) et les politiques stigmatisantes de certains pays ont clairement conduit à un effet inverse « d'augmentation des risques, » avec pour conséquence une plus forte prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) et du VIH[12]. Parmi ces mesures, on peut citer la pénalisation et l'incarcération des travailleur(se)s du sexe ou des usagers de drogues, ainsi que le dépistage obligatoire du VHC ou du VIH. Toutes ces mesures élèvent le seuil de dépistage et de traitement et rendent les individus plus vulnérables encore, sans améliorer en aucune manière leur santé. Des coupes ont également été opérées dans les services de réduction des risques et de santé à bas seuil pour les travailleur(se)s du sexe[13].

Le fait d'être sans domicile est de plus en plus traité comme un délit, avec des amendes pour mendicité (par ex. en Espagne, aux Pays-Bas)[14]. Des mesures discriminatoires sont parfois prises pour refuser aux personnes sans-abri l'accès aux services sociaux et à un toit[15].

Enfin, les personnes âgées sont elles aussi de plus en plus touchées par la crise et l'austérité. En 2013, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a reconnu et souligné l'importance des services publics de soins de santé pour prendre en charge les personnes âgées les plus vulnérables au moment où des coupes sont réalisées dans les retraites[16]. Le nombre de retraités qui ont des difficultés à accéder aux soins augmente en effet rapidement, en particulier quand ils vivent dans des régions reculées ou à faible densité médicale. C'est pour cette raison que MdM Portugal a mis en place, par exemple, le projet "Viver Saudável", dans lequel des centres de santé de voisinage et des programmes mobiles apportent du soutien aux personnes âgées à Lisbonne, Porto et Evora. Avec plus de 15 000 visites à domicile par an, ce programme propose des soins médicaux et des activités pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées démunies.

L'impact sur la santé des femmes et des enfants

En période de crise économique, les femmes enceintes et les enfants devraient faire l'objet d'une protection spécifique dans le cadre des filets de sécurité de la protection sociale. Ce n'est pas ce que nous avons observé. Selon les chiffres officiels, entre un quart et un tiers de la population grecque se trouve aujourd'hui sans aucune couverture de santé. En conséquence, les femmes enceintes sans couverture maladie doivent régler elles-mêmes tous les frais des soins prénataux et d'accouchement (environ 1 300 €), ce qui est devenu impossible pour les familles moyennes. La Grèce a connu une chute du nombre de naissances vivantes alors que la mortinatalité a augmenté de 21,15 % entre 2008 et 2011[17.]

Des obstacles financiers excluent un nombre croissant d'enfants de l'accès aux services de santé de base tels que la vaccination ; certaines législations nationales privent également d'accès à la vaccination et au suivi médical les enfants de parents sans-papiers.

---

11 Voir, par exemple, EATG (2014), The impact of economic austerity on the HIV response in Portugal: a community perspective.

12 Collectif. *Who is paying the price for austerity?* Amsterdam: Correlation Network (Policy paper), newsletter 03/2013

13 Jakobsson P. *Sex work in Europe: the legal landscape and a rights-based way forward*. Amsterdam: Correlation Network, 2013.

14 Collectif. *On the Way Home? Monitoring Report on Homelessness and Homeless Policies in Europe*. Brussels: FEANTSA, 2012.

15 Résolution du Parlement européen du 16 janvier 2014 sur une stratégie de l'UE pour les personnes sans-abri (2013/2994(RSP).

16 OECD. *Pensions at a Glance 2013: OECD and G20 Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2013.

17 Simou E, Stavrou M, Kanavou E, Koutsogeorgou E, Roumeliotou A. *Association between birth rates and selected socio-economic indicators in a time of economic crisis: the case of Greece*. Athens: Department of Epidemiology and Biostatistics, National School of Public Health, in press.

Des politiques basées sur la peur et l'intolérance et pas sur des faits

Les systèmes de santé doivent être efficaces et financièrement viables. Afin d'être efficaces, ils doivent englober la population dans son ensemble, sans lacunes, et en particulier sans laisser de côté les personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité. En temps de crise, surtout lorsque celle-ci frappe aussi fort qu'en Espagne et en Grèce, la plupart des gens commencent à craindre pour eux-mêmes, leur famille, leur avenir. Une période comme celle-ci est propice à la manipulation politique par certains acteurs et groupes extrémistes profitant de ces peurs. La solidarité fait vite place à l'exclusion et au rejet. Désigner des boucs émissaires devient la norme, en raison des peurs, du reste légitimes, des peuples d'Europe confrontés à un présent sombre caractérisé par de forts taux de chômage, des baisses de salaires et peu d'espoir d'amélioration.

Par exemple, en **Espagne**, les immigrés adultes sans papiers ont été exclus des soins depuis le Décret-loi royal 16/2012, entré en vigueur en septembre 2012. Les femmes enceintes sans papiers et les enfants des sans-papiers ont été explicitement exempts des dispositions de cette nouvelle loi. Néanmoins, les services de santé leur ont été refusés en de nombreuses occasions depuis l'entrée en vigueur du décret[18] : le message politique d'exclusion des immigrés sans papiers s'est avéré plus fort que la loi même.

Lors des débats au sujet de la libre circulation des personnes dans l'UE, certaines personnalités politiques du Royaume-Uni invoquent le danger d'un « tourisme de prestations ». En réalité, les ressortissants européens mobiles sont des contributeurs nets aux systèmes nationaux de protection sociale et les dépenses en lien avec leur prise en charge sont très faibles par rapport aux dépenses de santé totales des pays d'accueil[19]. Le ministère britannique de la Santé prévoit néanmoins d'augmenter et de créer de nouvelles contributions au système de santé pour les immigrés et les visiteurs. Les mesures proposées comptent des frais supplémentaires d'ordonnance, la facturation des soins d'urgence et des hausses de tarifs pour les consultations chez les opticiens et les dentistes à partir de mars 2015. Ces changements devraient selon toute vraisemblance rendre plus difficile encore l'accès aux soins pour les immigrés. Avant même l'entrée en vigueur de ces mesures, le message politique de restriction de l'accès aux soins pour les immigrés a engendré une confusion accrue parmi les professionnels de santé, des refus de soins même primaires et une incompréhension générale parmi les étrangers, qui ne savent plus à quels soins ils ont accès.

En **Belgique**, l'aide médicale urgente permet en théorie aux immigrés en situation irrégulière d'avoir accès aux services de santé (préventifs comme curatifs). Mais à Anvers, deuxième ville du pays, le centre public d'action sociale entretient depuis de nombreuses années une conception extrêmement restrictive de la législation nationale. Les pouvoirs publics locaux sont convaincus qu'une restriction de l'accès aux soins permet de réguler les flux migratoires, mesure dont le manque d'éthique et l'inefficacité ont été démontrés.

En **Grèce**, les agressions brutales et les crimes de haine contre les minorités ethniques que nous avions rapportés l'année dernière sont loin d'avoir disparu. En 2013, MdM Grèce a été confronté à plusieurs

[18] Collectif. Un año de exclusión sanitaria, un año de desobediencia. Madrid: Yo Sí Sanidad Universal, Campaña de desobediencia al Real Decreto-Ley 16/2012, 2013.

[19] Juravle C, Weber T, Canetta E, Fries Tersch E, Kadunc M. *Fact finding analysis on the impact on Member States' social security systems of the entitlements of non-active intra-EU migrants to special non-contributory cash benefits and healthcare granted on the basis of residence. Final report by ICF GHK in association with Milieu Ltd*. Brussels: European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs & Equal Opportunities, 2013.

mineurs qui avaient été témoins d'actes de violence raciste envers leurs parents ou en avaient été eux-mêmes les victimes.

Quelques évolutions positives des politiques nationales

En 2013, certains gouvernements ont par ailleurs pris des mesures positives pour protéger les plus vulnérables ; des mesures qui méritent d'autant plus d'être soulignées qu'elles sont rares !

En **Suède**, les immigrés sans autorisation de séjour et leurs enfants n'avaient accès qu'aux soins d'urgence, qui leur étaient ensuite facturés. En juillet 2013, une nouvelle loi est entrée en vigueur qui permet l'accès aux soins de tous les enfants, sans paiement, dans les structures publiques de soins. Les adultes sans papiers ont obtenu les mêmes droits que les demandeurs d'asile : l'accès aux soins « qui ne peuvent pas être remis à plus tard », les soins pré et postnataux, le planning familial, l'interruption de grossesse et les soins dentaires « qui ne peuvent pas être remis à plus tard » à condition de régler le forfait de 6 euros pour chaque consultation auprès d'un médecin ou d'un dentiste. De nombreux professionnels de santé ignorent encore ce changement. En outre, la loi n'est pas toujours correctement appliquée : on demande parfois aux immigrés de payer plus qu'ils ne le doivent ou on leur refuse l'accès aux soins. Le principal problème est que les immigrés ne savent pas d'eux-mêmes quels sont les soins « qui ne peuvent pas être remis à plus tard » d'autant que chaque médecin peut avoir sa propre interprétation de ce critère. Il reste que la nouvelle loi est un important pas en avant quant à l'accès aux soins médicaux dont ont besoin les plus vulnérables.

En **France**, le seuil de revenu pour accéder à la gratuité des soins a été relevé, ce qui se traduit par une couverture médicale totale pour 600 000 patients supplémentaires. Le même seuil s'applique aux immigrés sans papiers pour l'Aide médicale d'état (AME). En outre, le forfait d'accès à l'AME de 30 euros pour les immigrés sans papiers, introduit par le précédent gouvernement, a été retiré en 2012.

En **Allemagne**, depuis 2007, les personnes ayant perdu leur couverture santé devaient s'acquitter d'une dette majorée d'intérêts à hauteur de 5 % si elles souhaitaient en bénéficier à nouveau. Depuis la loi d'août 2013, ces intérêts s'élèvent « seulement » à 1 % et il existe une possibilité d'être exempté de sa dette.

Introduction à l'enquête de 2013

En 2006 et 2008, l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde[20] (MdM) a mené une enquête portant spécifiquement sur les personnes sans papiers[21], réalisée auprès d'échantillons de consultants dans différents pays européens[22]. En 2012, l'Observatoire du réseau international présentait les données recueillies auprès de l'ensemble des personnes – et plus seulement les sans-papiers - dans cinq villes d'Europe (Amsterdam, Bruxelles, Londres, Munich et Nice) [23]. L'année dernière, le rapport 2013 (basé sur les données 2012 de 14 villes de sept pays européens) mettait l'accent sur les obstacles dans l'accès aux soins et les conditions de vie des personnes en situation d'exclusion en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie en Europe[24]. Tous les rapports de l'Observatoire du réseau international de Médecins du monde sont disponibles sur : www.mdmeuroblog.wordpress.com.

Cette année, nous sommes heureux de présenter dans ce document les analyses de données collectées en routine dans 27 villes de 10 pays. En effet, les données proviennent de huit pays européens : Anvers et Bruxelles en Belgique, le canton de Neuchâtel dont La Chaux-de-Fonds en Suisse, Munich en Allemagne, Athènes, Mytilène, Patras, Perama et Thessalonique en Grèce, 11 villes en Espagne (Almeria, Malaga, Séville, Bilbao, Madrid, Palma de Majorque, Saragosse, Tolède, Tenerife, Valence et Alicante), Amsterdam et La Haye aux Pays-Bas, Nice et Saint-Denis en France, Londres au Royaume-Uni - ainsi que, pour la première fois, Istanbul en Turquie et Montréal au Québec[25].

Ainsi, progressivement, la couverture du recueil et de l'exploitation de ces données de routine s'étend à travers le réseau international de MdM. Les questionnaires sociaux et médicaux communs sont revus chaque année pour améliorer la qualité des données et des analyses produites. De telles analyses se veulent un « témoignage statistique », une photographie des situations des personnes en grande précarité sociale rencontrées dans les différents programmes que MdM conduit en Europe et partout où une association MdM existe (avec un centre d'accueil, de soins et d'orientation). Des pays où les personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité – de plus en plus nombreuses – n'ont souvent, comme seuls recours aux soins, que ceux proposés, gratuitement et sans conditions, par des organisations non gouvernementales comme la nôtre.

Avec toutes leurs imperfections et leurs biais, ces analyses nous semblent indispensables et riches d'enseignements dans le sens où elles nous informent sur les conditions de vie, l'état de santé et l'accès aux soins des plus vulnérables, ceux-là même qui n'apparaissent jamais dans les statistiques publiques et très rarement dans la recherche académique en santé publique.

---

20 L'observatoire européen a été renommé « Observatoire du réseau international » en 2011.

21 Chauvin P, Parizot I, Drouot N, Simonnot N, Tomasino A. *European survey on undocumented migrants' access to health care.* Paris: Médecins du Monde European Observatory on Access to Health Care, 2007, 100 p.

22 Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. *Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries*. Paris: Médecins du Monde European Observatory on Access to Health Care, 2009, 154 p.

23 Chauvin P, Simonnot N. *Access to health care for vulnerable groups in the European Union in 2012*. Paris: Médecins du Monde International Network Observatory on Access to Health Care, 2012, 23 p.

24 Chauvin P, Simonnot N, Vanbiervliet F. *Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia: an overview of the situation of people excluded from healthcare systems*. Paris: Médecins du Monde International Network Observatory on Access to Health Care, 2012, 46 p.

25 Dans le reste du document, les pays sont cités selon l'ordre alphabétique de leur code international officiel, selon les recommandations européennes (*Interinstitutional Style Guide*, EU, Rev. 14 / 1.3.2012). Le Québec est ainsi cité sous le code « CA » pour Canada. Dans tous les pays, on retiendra que les données expriment des résultats moyens à travers les différents programmes de certaines villes associées au réseau (entre un et huit suivant les pays).

Méthodes

Chaque patient consultant en 2013 l'un des programmes de MdM associé à l'Observatoire du réseau international a été interrogé en utilisant au moins l'un des trois questionnaires standardisés, multilingues et communs mis en place (questionnaire social, questionnaire médical, questionnaire(s) de reconsultation médicale).

Dans la suite des analyses, les proportions présentées portent toutes sur l'ensemble des réponses obtenues (sauf indication contraire). La proportion de données manquantes est, elle, systématiquement indiqué quand elle dépasse les 10 %. Les données manquantes correspondent à l'une ou l'autre des trois situations suivantes : soit la question n'était pas posée dans certains pays (qui avaient choisi d'adapter le questionnaire commun proposé), soit la question n'était pas posée par certains programmes ou certains bénévoles (sur certains sujets, comme par exemple les violences vécues), soit (mais beaucoup plus rarement) la personne rencontrée ne souhaitait pas répondre à la question.

Tout au long de ce document, nous utiliserons les abréviations suivantes :

- BE (Belgique) pour Anvers et Bruxelles
- CA (Canada) pour Montréal (Québec)
- CH (Confédération Helvétique – Suisse) pour le canton de Neuchâtel dont La Chaux-de-Fonds
- DE (Allemagne – Deutschland) pour Munich
- EL (Grèce – Ellada) pour Athènes, Mytilène, Patras, Perama et Thessalonique
- ES (Espagne – España) pour Almeria, Malaga, Séville, Bilbao, Madrid, Palma de Majorque, Saragosse, Tolède, Tenerife, Valence et Alicante
- FR (France) pour Saint-Denis (en banlieue parisienne) et Nice
- NL (Pays-Bas – Nederland) pour Amsterdam et La Haye
- TR (Turquie) pour Istanbul
- UK (United Kingdom) pour Londres

Présentation synthétique des programmes et sites d'enquête

MdM agit pour améliorer l'accès aux soins et la protection des droits humains depuis 1980. Nous sommes une organisation internationale humanitaire qui fournit des soins médicaux et contribue à l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les personnes qui font face à divers facteurs de vulnérabilité à travers le monde.

Dans les programmes nationaux, nous travaillons principalement auprès des sans-abris, des usagers de drogues, des ressortissants européens démunis, des prestataires de services sexuels tarifés, des migrants sans papiers, des demandeurs d'asile, des communautés Roms, etc. Outre le fait que nous fournissons des soins médicaux, **nous recueillons des données sur les principaux déterminants sociaux de la santé et sur l'état de santé des patients afin de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les populations vulnérables**. Nous informons les patients sur les systèmes de santé et leurs droits à l'accès aux soins.

Nos programmes visent à l'empowerment grâce à la participation active des groupes bénéficiaires, ce qui est un moyen d'identifier des solutions de santé et de combattre la stigmatisation et l'exclusion de ces groupes. MdM soutient la création de groupes d'auto-support afin de renforcer la société civile et

de reconnaître l'expertise basée sur l'expérience. Ainsi, nos actions peuvent conduire au progrès social : en modifiant les lois et les pratiques, mais aussi en renforçant l'équité et la solidarité.

En **Belgique**, les données de routine sont recueillies lors des consultations médicales, sociales et psychologiques, qui ont lieu en journée dans les deux Centres d'accueil de soins et d'orientation de Bruxelles et Anvers (CASO et COZO). Ces consultations gratuites permettent un accès aux soins à toute personne en situation précaire, quel que soit son statut administratif. Il s'agit aussi de réintégrer les personnes dans le système de soins de droit commun, via l'information sur leurs droits, et l'accompagnement vers l'ouverture de leurs droits. Les consultations sont assurées par des professionnels de santé bénévoles (médecins généralistes, psychologues,...) et des bénévoles non médicaux (accueillants, interprètes,…). Des assistantes sociales salariées accompagnent les patients dans leur parcours pour obtenir une couverture maladie. Des médicaments peuvent être dispensés gratuitement, lorsque les patients n'ont pas les ressources nécessaires pour se les procurer.

En **Suisse**, dans Canton de Neuchâtel, MdM organise des consultations sociales et infirmières : dans le cadre du projet Réseau Santé Migrations, à la Chaux-de-Fonds, MdM s'adresse principalement aux migrants. Par ailleurs MdM fait des consultations infirmières dans les centres pour les requérants d'asile.

En **Allemagne**, open.med propose - en partenariat avec Café 104 (cafe104.maxverein.de), une association dans le centre de Munich - des consultations médicales et sociales gratuites aux personnes sans couverture maladie, dont des citoyens européens en situation précaire (y compris des Allemands), et les sans-papiers (l'obligation de la part des fonctionnaires de dénoncer toute personne sans-papier au Ministère de l'immigration leur rend, de fait, inaccessible le système de soins et leur seul recours aux soins possible reste les services d'urgences). La question de l'accès aux droits et au système de soins de santé de droit commun est traitée par des travailleurs sociaux.

> Gisela, 55 ans, Allemande. « *La première fois que j'ai entendu parler de Médecins du monde, c'était à la télévision. J'ai été très étonnée de réaliser qu'il y avait pleins d'autres personnes sans couverture maladie* ». En mai 2013, Gisela est venue à MdM. Elle n'avait pas vu de médecin depuis quatre ans. C'est après avoir perdu son emploi qu'elle est tombée dans une grave dépression. « *J'étais toujours effrayée, notamment par le fait de perdre mon appartement. Je n'arrive même plus à payer mon assurance maladie de 500 euros par mois.* ». Le médecin de MdM l'a examinée et a prescrit une analyse de sang, qui a révélé une forte anémie. Lors de son rendez-vous suivant, le médecin l'a envoyée, pour un soupçon de maladie auto-immune, à l'hôpital, qui lui a refusé l'accès car elle n'avait pas d'assurance maladie. L'hôpital demandait une garantie de paiement de 200 euros. Finalement, après un appel de MdM, elle a été hospitalisée pendant deux semaines. Son suivi, à la sortie de l'hôpital, a été assuré gratuitement par un médecin bénévole de MdM. Aujourd'hui, elle a fait une demande de réactivation de son assurance maladie après avoir été informée par MdM de la nouvelle loi (août 2013)[26] en Allemagne. Si rien n'avance, l'équipe de MdM l'aidera pour récupérer une couverture maladie.
>
> MdM Allemagne – Munich – Janvier 2014

En **Grèce**, la situation économique et sociale et la rigueur des mesures d'austérité ont des conséquences graves sur l'accès aux soins des populations vulnérables. Face à cette situation, MdM

[26] Avant la loi d'août 2013, les personnes qui avaient perdu leur couverture maladie devaient payer 5 % par mois d'intérêts en plus de leur dette (contributions) remontant jusqu'à 2007. Désormais, il faut payer 1 % d'intérêt par mois.

multiplie ses activités dans le pays afin de répondre aux besoins massifs. En 2013, une partie des données médicales et sociales des cinq polycliniques d'Athènes[27], de Patras, de Perama, de Thessalonique et de Mytilène (île de Lesbos) ont été analysées. Ces dispositifs proposent des soins de santé primaire et un soutien psychologique à toute personne qui n'a pas accès au système national de santé. Des médicaments sont aussi fournis gratuitement. A Mytilène, une assistance médicale, psychologique et juridique est proposée aux migrants qui arrivent par bateau sur l'île et qui ont besoin d'une protection internationale. Le centre de Patras reçoit aussi très majoritairement des migrants.

En **Espagne**, MdM gère des centres socio-sanitaires pour les immigrants (CASSIM), dont l'objectif principal est l'intégration des personnes vers les dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun. Pour cela, les équipes mènent des actions de sensibilisation, de promotion de la santé, de formation et d'information auprès des professionnels des centres de santé publics, ainsi que des actions de formation avec et pour des médiateurs interculturels. Pour le rapport de l'Observatoire 2013, le questionnaire a été passé à 130 patients pendant trois semaines de décembre dans les CASSIM de Tenerife[28], Saragosse, Bilbao, Séville, Malaga, Madrid, Alicante et Valence mais aussi à Majorque, Almeria et Tolède, où des questionnaires ont été passés à un public plus large confronté à l'exclusion sociale - migrants en situation irrégulière, travailleur(se)s du sexe, usagers de drogues sans-abri. Ces 130 dossiers ont été intégrés à l'analyse bien qu'il ne s'agisse pas d'un recueil de routine sur toute l'année comme dans les autres pays.

En **France**, pour répondre aux besoins des populations les plus exclues (notamment sans couverture maladie effective et/ou aux très faibles ressources), MdM a mis en place depuis 1986 des structures adaptées : les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO). En 2013, 20 CASO sont implantés sur le territoire français. Les CASO proposent des consultations sociales et médicales, avec un accompagnement des personnes dans leurs démarches d'accès aux structures de droit commun. Pour le rapport de l'Observatoire du réseau international, les données des CASO de Saint-Denis et de Nice ont été analysées.

Aux **Pays-Bas,** MdM propose aux migrants sans papiers des consultations hebdomadaires d'aide à Amsterdam et à La Haye. Les personnes sont informées de leurs droits et des possibilités d'accès au système de santé de droit commun. Elles sont orientées vers les professionnels de santé dans le système de droit commun.

Au **Royaume-Uni**, MdM gère un centre d'accueil, de soins et d'orientation à l'est de Londres, où interviennent des bénévoles, médecins, infirmiers, accueillants et travailleurs sociaux qui proposent des soins de santé primaires aux personnes exclues, en particulier les migrants et les travailleurs du sexe. Une grosse partie du travail consiste à obtenir l'inscription des patients sur la liste d'un médecin généraliste, porte d'entrée du système de soins.

Au **Canada**, MdM a mis en place à Montréal une clinique de médecine générale destinée aux migrants en situation de précarité. Les personnes migrantes sans couverture maladie (adultes et enfants) sont accueillies, soignées et orientées par des bénévoles médicaux et non médicaux. Les données canadiennes incluses dans ce rapport sont issues du projet Migrants de Montréal.

En **Turquie**, une association turque, l'Association de solidarité et d'entraide aux migrants (ASEM) gère en partenariat avec MdM un centre socio-médical pour les personnes qui n'ont pas accès au dispositif

[27] En 2013, à Athènes, seuls environ 3 % des patients ont été inclus dans la base de données analysée dans ce rapport, à Thessalonique environ 13 %, à Patras 50 %, à Perama 57 % et à Mytilène 91 %.

[28] A Tenerife, 25 questionnaires ont été passés tout au long de l'année 2013.

public de soins à Istanbul. Il s'agit essentiellement de demandeurs d'asile, de réfugiés ou d'étrangers sans-papiers. Dans ce centre, les patients sont aussi renseignés sur leurs droits en matière de santé, bien qu'ils disposent de très peu de possibilités légales pour se faire soigner gratuitement ou à peu de frais.

> Ahmed, âgé de 7 ans, consulte avec son père au centre de l'Association de solidarité et d'entraide aux migrants (ASEM) en septembre 2012 pour malformation génitale. Il a déjà subi sept interventions sans pouvoir être guéri. Le médecin du centre l'oriente vers l'hôpital universitaire. Une intervention chirurgicale est prévue le 16 décembre 2012. Une nouvelle fois l'intervention échoue. En 2013, Ahmed souffre de rétention urinaire accompagnée de fortes fièvres et de douleurs. Il est alors de nouveau orienté en urgence vers l'hôpital universitaire où il sera hospitalisé pendant 53 jours. C'est l'ASEM qui a récupéré le compte-rendu d'hospitalisation et payé 880 euros de frais en attendant une nouvelle intervention. Ce tarif a été obtenu par le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) sur sollicitation de l'ASEM. En effet, il s'agit là du tarif demandé aux turcs sans sécurité sociale, le tarif pour les migrants étant deux fois plus élevé. La prochaine intervention est prévue en février 2014. C'est l'ASEM qui assumera de nouveau les frais de cette nouvelle intervention avec les mêmes « avantages » que précédemment.
>
> MdM Turquie – Istanbul – 2013

Statistiques

Trois types de proportion sont donnés dans ce rapport.

Les proportions par pays sont toutes des *proportions brutes*, tous sites d'enquête considérés (quel que soit le nombre de villes ou de programmes[29]).

Des proportions totales ont été calculées pour les huit pays européens[30]. Ce sont – pour la plupart d'entre elles et sauf indication contraire – des *proportions totales moyennes* (WAP pour *weighted average proportion*) 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. Quand des différences importantes existent entre cette *proportion totale moyenne* (WAP) et la *proportion totale brute* (CAP pour *crude average proportion*), cette dernière (qui « écrase » la contribution des pays aux faibles effectifs) est parfois également donnée à titre d'information.

En ce qui concerne les femmes enceintes, seules les proportions totales brutes (CAP) ont été données en raison des faibles effectifs[31] (pour la même raison, on ne mentionnera qu'avec prudence les proportions par pays qui portent toujours sur moins de 100 femmes, et le plus souvent quelques dizaines).

En ce qui concerne les enfants, on a privilégié les proportions moyennes (WAP) –qui sont celles données par défaut (sans précision). Mais, quand certains effectifs apparaissent également trop faibles, des proportions totales brutes (CAP) sont données (et le type de proportions est alors toujours précisé).

[29] Dans un même pays, si un programme d'une ville voit 10 fois moins de patients qu'un autre programme dans une autre ville, il comptera pour 1/10ème de l'autre.

[30] Les données turques et québécoises ne sont donc pas comprises dans ces totaux.

[31] De même que pour les violences, qui ne sont pas interrogées systématiquement.

Trois types de dénominateurs ont été utilisés. La plupart du temps, les proportions sont rapportées au nombre de patients. Dans certains cas (toujours indiqués), des proportions ont été rapportées au nombre total de visites ou au nombre total de diagnostics posés.

Des tests statistiques classiques ont été utilisés pour certaines comparaisons : principalement le test du Chi 2 ou le test exact de Fisher quand les effectifs étaient faibles. Tous les tests statistiques ont été réalisés sur les effectifs bruts non pondérés avec le logiciel SAS (v. 9.2, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). On rappelle qu'un $p < 0,05$ signe une différence statistiquement significative.

Effectifs enquêtés

Ce rapport se base sur l'analyse des données concernant 18 098 personnes, dont 1 703 mineurs et 353 femmes enceintes. On compte 34,5 % de femmes.

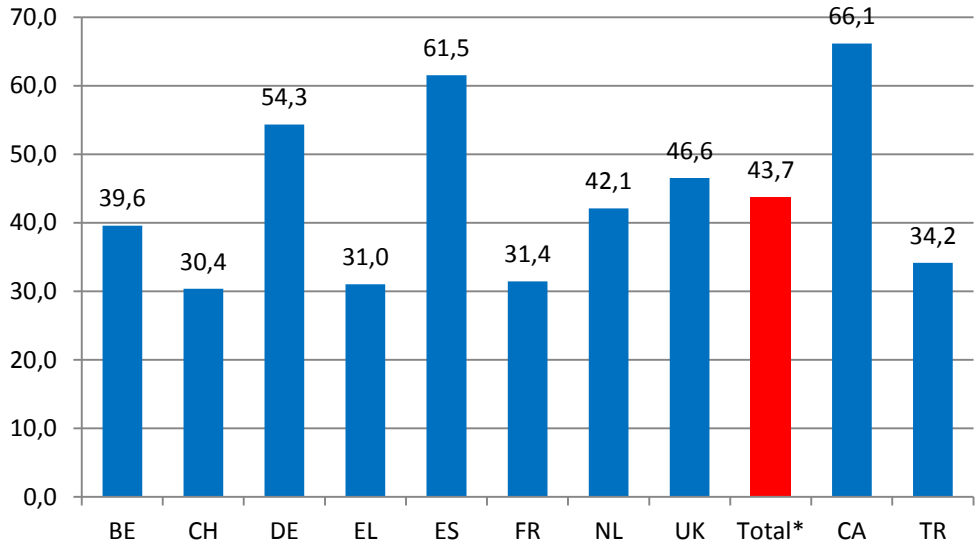
Tableau 1. Nombre de patients et périodes d'enquête par pays.

Pays	Nb de patients	% du total	Période d'enquête
BE (2 villes)	2 382	13,2	01/01/2013-31/12/2013
CA (1 ville)	204	1,1	01/01/2013-19/12/2013
CH (1 ville)	237	1,3	03/01/2013-30/12/2013
DE (1 ville)	520	2,9	04/01/2013-27/12/2013
EL (5 villes)*	3 430	19,0	01/01/2013-31/12/2013
ES (11 villes) **	130	0,7	02/12/2013-26/12/2013
FR (2 villes)	9 002	49,7	01/01/2013-26/12/2013
NL (2 villes)	133	0,7	03/01/2013-19/12/2013
TR (1 ville)	1 013	5,6	02/01/2013-19/12/2013
UK (1 ville)***	1 047	5,8	01/01/2013-20/12/2013
Total (27 villes)	18 098	100,0	

** En Grèce, dans au moins deux des cinq villes, une très faible proportion de patients a été enregistrée dans la base de données (16 % des patients enregistrés au total)*
***En Espagne, 105 dossiers concernent 3 semaines d'activité dans 10 des 11 villes et 25 cas ont été inclus au cours de l'année 2013 aux Canaries*
****A Londres, les consultations médicales ont été interrompues 5 mois du 14/05 au 21/10/2013.*

Au total, ont été analysés **31 067 consultations (29 400 consultations, dont 15 445 consultations médicales, ont été décomptées dans les huit pays européens) et 23 697 diagnostics différents rapportés par les médecins bénévoles (dont 21 913 dans les huit pays européens).**

Figure 1. Proportion de femmes par pays d'enquête.



**Proportion totale moyenne dans les huit pays européens*

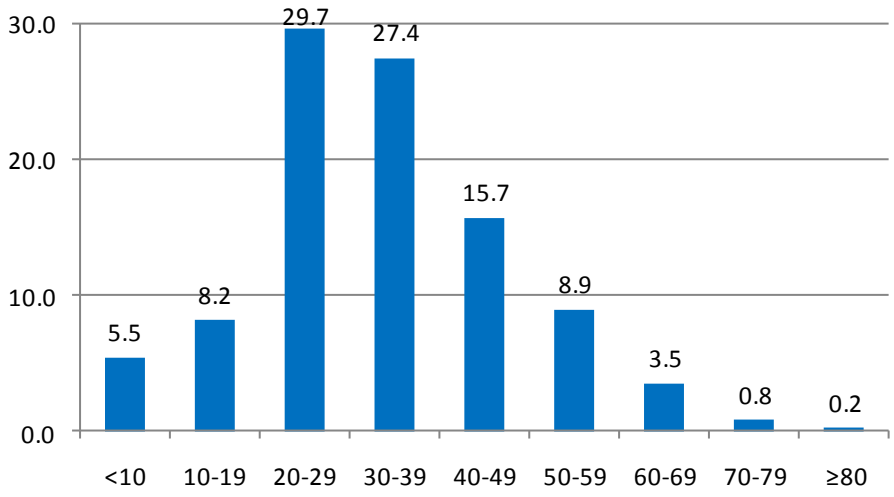
On constate une proportion élevée de femmes dans les centres allemands et espagnols. En effet, en Allemagne, MdM propose des consultations exclusivement féminines deux fois par mois. En Espagne, les équipes de MdM sont mobilisées sur l'égalité des genres et ont de fait, une approche proactive vers les femmes.

L'âge moyen des patients reçus par MdM est de 33,1 ans (médiane = 32). La moitié des patients ont entre 24 et 42 ans. Seuls les centres espagnols associés à l'enquête ne reçoivent pas de mineurs.

Tableau 2. Distribution de l'âge des patients : moyenne, médiane, étendue et interquartile par pays, en années.

	Moyenne	*Minimum*	*Quartile inférieur*	*Médiane*	*Quartile supérieur*	*Maximum*
BE	33,2	0,0	26,0	33,0	43,0	86,0
CH	30,5	0,0	22,0	29,0	39,0	67,0
DE	36,2	0,0	23,0	36,0	51,0	85,0
EL	29,4	0,0	18,5	26,0	38,0	87,0
ES	40,2	18,0	29,0	38,0	51,0	84,0
FR	33,8	0,0	26,0	32,0	41,0	85,0
NL	38,2	0,0	29,0	39,0	48,0	78,0
UK	35,9	0,0	27,0	35,0	43,0	102,0
Total 8 pays Europe	*33,1*	*0,0*	*24,0*	*32,0*	*42,0*	*102,0*
CA	34,9	0,0	27,0	33,0	45,0	77,0
TR	30,7	0,0	25,0	30,0	35,0	69,0

Figure 2. Distribution de la population par classe d'âge.



Focus sur la situation des femmes enceintes

Au total, 353 femmes enceintes ont été vues en consultation en 2013, dont 285 dans les huit pays d'Europe participant à l'enquête (principalement en Belgique, en Allemagne et en France), représentant 5,7 % des consultantes (6,2 % en Europe). L'âge moyen des femmes enceintes est de 27,6 ans. Parmi elles, **3,2 % sont mineures** et la plus jeune est âgée de 14 ans.

Ce sont en Grèce et en France que la proportion de femmes enceintes parmi l'ensemble des consultantes est la plus faible (respectivement 1,6 % et 2,3 %) : en Grèce parce que la plupart des consultantes sont grecques ou européennes (et que leur accès aux soins reste, malgré la crise, relativement préservé par rapport à celui des extra-européennes) ; en France parce que l'accès aux soins reste globalement assez bien assuré pour les femmes enceintes dans le service public - dans les services de protection maternelle infantile et à l'hôpital – quels que soient leur statut et leur couverture maladie (même si environ deux femmes enceintes sont vues par mois en consultation dans chacun des deux CASO associés à l'enquête).

> Anthéa, femme grecque âgée de 34 ans, a été hospitalisée dans une maternité publique après la naissance de son enfant. Elle n'a ni couverture maladie ni revenu. Son mari et elle sont sans emploi. Elle nous a informés que le personnel de la clinique a refusé de délivrer le certificat de naissance "tant que la facture d'hospitalisation était impayée». Cette action est contraire à la loi. MdM est intervenu afin de s'assurer que la famille allait recevoir le document, conformément à la loi qui assure le droit à tout enfant d'avoir une existence juridique.
>
> MdM Grèce – Athènes – 2013

A l'inverse, cette proportion est particulièrement élevée à Munich et aux Pays-Bas (ainsi qu'à Montréal) : entre 20 % et un quart des femmes reçues en consultation sont enceintes.

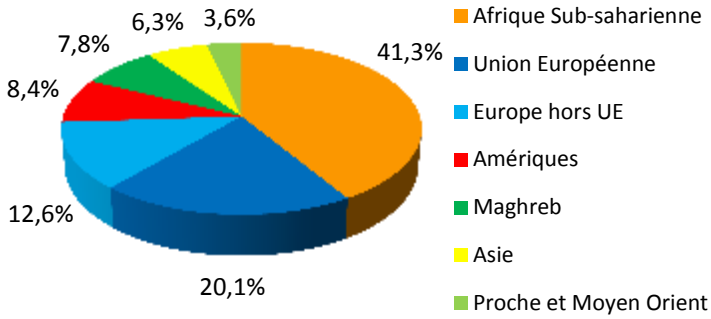
Tableau 3. Effectifs des femmes enceintes par pays et proportion parmi l'ensemble des femmes.

	Nb de femmes enceintes	% du total	% du nb total de femmes
BE	94	26.6	10.1
CA	28	7.9	22.8
CH	6	1.7	8.3
DE	57	16.2	20.2
EL	17	4.8	1.6
ES	5	1.4	6.3
FR	65	18.4	2.3
NL	14	4.0	25.0
TR	40	11.3	11.6
UK	27	7.7	5.6
Total	353	100.0	5.7

Dans les huit pays européens de l'enquête, **la quasi-totalité des femmes enceintes reçues (94,7 %) sont de nationalité étrangère, originaires principalement d'Afrique subsaharienne (41,3 %), de l'UE (20,1 %) et de pays européens hors UE (12,6 %).**

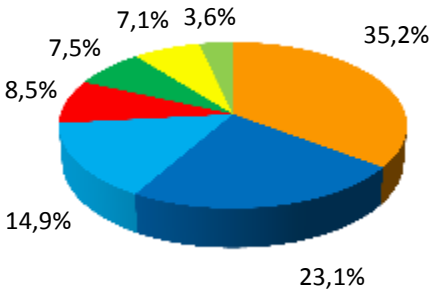
Figure 3. Origine géographique des femmes enceintes dans les deux populations analysées.

Dans les 8 pays européens



Taux de réponse = 94,1 %

Dans les 10 pays de l'enquête



Taux de réponse = 97,9 %

Concernant leurs conditions de logement[32], **52,5 % des femmes enceintes reçues en consultation vivent dans un logement instable ; un tiers (32,3 %) d'entre elles vivent dans des conditions qu'elles considèrent néfastes pour leur santé et 4,8 % sont sans domicile fixe**.

Soulignons que pour ces trois indicateurs, les conditions de logement des femmes enceintes ne sont en rien meilleures que celles de l'ensemble des femmes reçues en consultation.

A Istanbul, la situation des femmes enceintes apparait encore plus précaire (62,5 % vivent dans un logement instable) alors qu'elle semble meilleure à Montréal (21,1 % des femmes y ont certes un logement instable, mais on ne compte aucune sans domicile).

> Adjoua, 28 ans, béninoise, est enceinte de trois mois quand elle se présente pour la première fois au CASO. Elle est alors en rupture d'hébergement et ne bénéficie d'aucun suivi de grossesse. Nous contactons le Samu Social afin qu'une chambre dans un hôtel lui soit attribuée. Durant sa grossesse, elle est hébergée dans deux hôtels différents, l'obligeant ainsi à changer de maternité. A la naissance de sa fille, elle réintègre sa chambre d'hôtel malgré un important problème d'humidité. En effet, les murs de la chambre sont recouverts de moisissure, de l'eau s'écoule et il est très difficile de respirer. Sa fille, âgée de trois semaines est hospitalisée en urgence durant une semaine. Une autre chambre d'hôtel ne leur est proposée que trois semaines après.
>
> MdM France – Saint-Denis – Juin 2013

Très peu de ces femmes exercent une activité qui leur procure un revenu (16,8 %) et **leur immense majorité (89,1 %) vit en dessous du seuil de pauvreté**[33]. Une proportion similaire de femmes enceintes a une activité à Istanbul et Montréal.

Elles sont 41,8 % à indiquer avoir un ou plusieurs enfants mineurs[34]. Parmi elles, **44,3 % vivent séparées d'un ou plusieurs de leurs enfants mineurs** (plus d'un tiers - 38,5 % - étant séparées de tous leurs enfants mineurs).

[32] Taux de réponse = 92,1 %

[33] Taux de réponse = 64,6 % et 45,3 % respectivement (le seuil de pauvreté retenu est celui du pays d'enquête). Notons que les ressources indiquées par les personnes ne prennent pas en compte le nombre de personnes qui vivent avec elles : si nous le leur demandions, un taux encore plus élevé de personnes vivant sous le seuil de pauvreté apparaitrait, et sans doute même, la totalité.

Ces chiffres sont très différents à Montréal (où les 2/3 des femmes enceintes vivent avec tous leurs enfants) et à Istanbul où presque toutes vivent séparées de tous leurs enfants.

> Macire, âgée de 28 ans, est originaire du Kenya: «*Je suis arrivée en Allemagne il y a un an. Je suis venue ici avec mes deux enfants (âgés de 7 et 3 ans) pour suivre mon ami qui est citoyen allemand. Peu après mon arrivée en Allemagne, j'ai réalisé que j'étais enceinte, je ne savais pas quoi faire avec cette grossesse : nos revenus étaient très faibles et je n'avais pas de couverture maladie. Malheureusement, nous n'avions pas les moyens de m'en payer une. Comme je ne travaille pas, je dois payer la totalité des contributions mensuelles. A open.med, j'ai eu ma première consultation et depuis, je reviens tous les mois pour la consultation femmes enceintes. Ils m'ont donné un livret avec toutes les informations sur ma grossesse. Actuellement, ils tentent de me trouver une assurance maladie abordable. Open.med m'a vraiment aidée à réaliser que je pouvais être mère à nouveau. Bien que l'avenir soit incertain, maintenant j'ai de l'espoir. J'espère que je vais obtenir ma propre assurance maladie avant la date d'accouchement. J'ai peur que la facture pour l'accouchement soit très élevée* ».
>
> MdM Allemagne – Munich – Janvier 2014

Même si les effectifs sont faibles (seules un tiers des femmes enceintes ont été interrogées sur leur soutien moral dans les huit pays d'Europe, soit 94 femmes), il est important de souligner que **36,2 % des femmes enceintes déclarent un faible niveau de soutien moral et, parmi elles, près de 10 % en sont totalement privées**.

L'analyse de la situation administrative des 285 femmes enceintes reçues dans les huit pays européens[35] montre que **63,7 % des femmes enceintes n'ont pas d'autorisation de séjour : parmi elles, 15,8 % sont des ressortissantes de l'UE et 47,9 % sont des citoyennes extracommunautaires.**

Tableau 4. Situation administrative des femmes enceintes rencontrées dans les huit pays européens.

	n	%
N'a pas besoin de titre de séjour (nationaux)	16	6,0
Pour les ressortissantes de l'UE		
Pas autorisée à rester*	42	15,8
Pas besoin de titre de séjour (*dans le pays depuis moins de 3 mois*)	14	5,3
Autorisée à rester (*ressources officielles suffisantes et couverture maladie valable*)	6	2,3
Pour les citoyennes hors UE		
Sans autorisation de séjour	127	47,9
Demandeuse d'asile	20	7,5
Visa tourisme, court séjour, étudiant	16	6,0
Titre de séjour valide	14	5,3
Titre de séjour dans un autre pays européen	5	1,9
Visa de travail	3	1,1
Protection à titre humanitaire	2	0,8

* dans le pays depuis plus de 3 mois, sans ressources financières suffisantes et/ou sans couverture maladie
Taux de réponse : 88,4 %.

[34] Taux de réponse = 65,8 %
[35] Taux de réponse = 88,4 %

> Lisa, originaire de Mongolie, est âgée de 33 ans. Elle vient d'être déboutée de sa demande d'asile et est maintenant considérée comme sans-papiers. Jusqu'à cette réponse négative, elle pouvait recevoir des soins dans le système de santé public. Après deux avortements médicamenteux qui ont échoué, elle se rend une troisième fois dans l'hôpital où ils ont été réalisés. Elle souffre de douleurs costales et de vomissements.
> Chez le gynécologue, ils ne veulent pas la recevoir si elle ne paie pas plusieurs centaines d'euros. Lisa et son ami font appel à MdM qui les informe de la nouvelle loi pour les sans-papiers qui comprend le droit aux soins obstétricaux et à l'interruption de grossesse.
> Deux semaines plus tard, l'ami de Lisa est retourné à l'hôpital avec les informations sur la nouvelle loi pour les sans-papiers. A l'accueil, personne ne connaissait cette loi. Finalement, Lisa a reçu une facture d'un montant de 45 euros pour la visite et la prise en charge de l'interruption de grossesse.
>
> MdM Suède – Stockholm – 2013

Elles sont 7,5 % à être en procédure de demande d'asile, 34 % sont ou ont été concernées à un moment ou un autre par une demande d'asile[36] et, parmi elles, la moitié a été déboutée du droit d'asile.

Dans les huit pays d'Europe, on compte deux fois plus de ressortissantes de l'UE non autorisées à rester parmi les femmes enceintes que parmi les femmes dans leur ensemble (14,9 % vs 6,3 %, $p<10^{-6}$).

> Selma, une femme afghane de 27 ans, s'est rendue dans une maternité publique car elle était sur le point d'accoucher. Le bureau administratif de l'hôpital lui a refusé l'accès, car elle n'avait pas tous les papiers nécessaires et notamment pas d'assurance maladie. Le service social de MdM a été informé par un compatriote. Nous avons eu un contact avec l'hôpital qui nous a répondu « on ne peut rien faire, car elle est sans-papiers». La présidente de MdM a alors appelé le directeur de l'hôpital, qui a nié l'existence de cet incident. Quelques heures plus tard - et après avoir perdu connaissance face à l'entrée de l'hôpital - Selma a été hospitalisée pour accoucher.
>
> MdM Grèce - Athènes - 2013

En corollaire de leur situation administrative, **près d'une femme enceinte sur deux (45,1 %) limite ses déplacements de peur d'être arrêtée** dans les huit pays d'Europe de l'enquête : parfois (18,3 %), souvent (18,3 %) ou très souvent (8,5 %). Cela représente une barrière supplémentaire non négligeable dans l'accès au suivi de grossesse.

Les femmes enceintes sont dans cette situation aussi fréquemment que l'ensemble des femmes, voire un peu plus souvent (45,1 % versus 34,7 %, p=0,09).

A Montréal (où, on l'a vu, les femmes sont dans une situation administrative très différente), seules 20 % ont peur de se déplacer. A Istanbul en revanche, cette peur est signalée par près de 9 femmes sur 10 (enceintes ou pas), dont plus d'une fois sur deux souvent ou très souvent.

Quelle que soit leur situation administrative, **83,5 % des femmes enceintes reçues à MdM dans l'un des huit pays européens ne disposent d'aucune couverture maladie**[37], ce qui signifie qu'elles doivent payer leurs soins dans la plupart des pays (sauf par exemple en France où le suivi de grossesse peut

[36] Taux de réponse = 66,0 %

[37] Nous cumulons les femmes sans aucune couverture maladie et celles qui ne peuvent aller qu'aux urgences, ce qui indique bien qu'elles n'ont pas accès aux soins et n'ont pas de couverture maladie.

être gratuit pour toutes les femmes quelles que soient leur couverture maladie et, théoriquement, leur situation administrative ; et en Espagne, où les femmes enceintes en situation irrégulière sont supposées être prises en charge pour les soins pré et postnataux, ainsi que l'accouchement, de la même façon que toutes les autres femmes).

Les femmes enceintes sont ainsi encore moins bien protégées par une couverture maladie que l'ensemble des femmes rencontrées par MdM qui sont, elles, 80 % à ne pas avoir de couverture maladie. L'absence totale de couverture maladie le jour de leur première consultation concerne plus spécifiquement les femmes enceintes dans les centres français et belges[38] (plus de 90 % des cas dans ces deux pays).

Proportionnellement, elles ont aussi plus souvent que l'ensemble des femmes des droits ouverts dans un autre pays (6,3 % vs 2,6 %, p<0,001). Finalement, moins de 10 % bénéficient d'une couverture partielle ou totale de leurs soins (respectivement 3,8 % et 4,6 %).

Tableau 5. Prise charge des soins médicaux chez les femmes enceintes et les femmes en général dans les programmes des 8 pays européens.

	n	% chez les femmes enceintes*	n	% chez l'ensemble des femmes**
Aucune prise en charge/ doit tout payer	156	65,8	3 205	80,1
Accès seulement aux urgences	42	17,7	258	6,5
Droits ouverts dans un autre pays européen	15	6,3	103	2,6
A une couverture maladie totale	11	4,6	234	5,9
A une couverture maladie partielle	9	3,8	149	3,7
Accès soin par soin	4	1,7	37	0,9
Accès gratuit médecine générale	0	0,0	12	0,3
Accès payant soins 2ème ligne	0	0,0	2	0,1

*Taux de réponse = 83,2 %, **Taux de réponse = 69,2 %

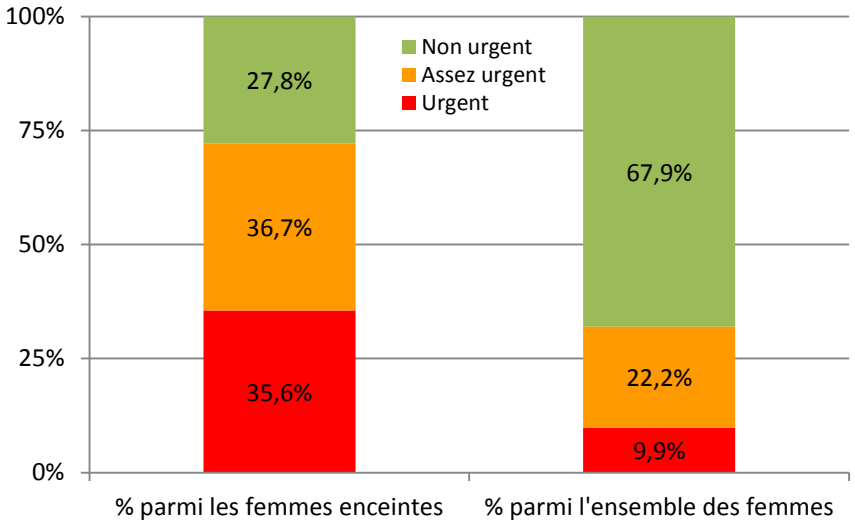
> Nina, femme marocaine enceinte de 7 mois a demandé son permis de séjour en avril 2013. Elle s'est alors rendue à la sécurité sociale pour demander une carte d'assurance maladie. Sans numéro d'identification des étrangers (NIE) en cours de validité, sans travail et sans pouvoir s'inscrire en tant qu'ayant droit (elle n'est pas mariée), on lui a refusé sa carte sous prétexte que son permis de séjour avait été demandé après le 24 février 2012. Plus tard, le service administratif du centre de santé l'a de nouveau renvoyée au centre de sécurité sociale pour "régler le problème de la carte ». Un jour, Nina se sent mal et se rend aux urgences. Une médecin s'inquiète de sa situation. Ne sachant que faire, elle l'envoie à MdM. C'est là que Nina et la médecin apprennent que les femmes enceintes ont droit à un accès aux soins quelle que soit leur situation administrative. La médecin s'informe sur les procédures auprès de MdM et affirme qu'elle les transmettra au personnel de l'administration du centre. Nina peut alors présenter les documents requis et obtenir « l'assistance sanitaire pour situations spéciales ».
>
> MdM Espagne - Castilla La Mancha - Juin 2013

[38] Cela s'explique par le fait qu'en France et en Belgique, les patients avec une autorisation de séjour sont référés la plupart du temps directement vers le système de soins de droit commun, avant toute consultation médicale.

Les femmes enceintes reçues dans les programmes des huit pays européens sont **65,8 % à ne pas avoir accès aux soins prénataux lorsqu'elles viennent dans nos centres de soins et,** selon les médecins, **42,8 % ont été suivies trop tardivement, c'est-à-dire après leur douzième semaine de grossesse**[39].

Lors de leur première consultation médicale dans les centres de MdM, **les médecins ont jugé que plus de 70 % des femmes enceintes nécessitaient des soins urgents (35,6 %) ou assez urgents (36,7 %)** ; c'est-à-dire **plus de deux fois plus souvent que l'ensemble des femmes** (72,2 % vs 32,1 %[40], $p<10^{-6}$).

Figure 4. Fréquence des soins jugés urgents par les médecins (à la première consultation).



Les femmes enceintes en Turquie

En Turquie, 40 femmes enceintes ont consulté dans le centre stambouliote de MdM, ce qui représente 11,3 % des femmes enceintes vues en 2013. Elles sont toutes originaires d'Afrique subsaharienne[41]. Elles sont en moyenne âgées de 28,8 ans et vivent dans des conditions de logement précaire pour 62,5 % d'entre elles[42].

> Eve, patiente ougandaise sans papiers et sans emploi, âgée de 30 ans, consulte au centre ASEM, soutenu par MdM. Elle est enceinte de 8 mois et demi. Là, elle est orientée pour son suivi de grossesse à l'hôpital Saint Georges.
> Un week-end, souffrant de contractions, elle appelle l'équipe d'ASEM qui l'oriente vers l'hôpital public Sisli Etfal, en l'absence de permanence obstétricale à l'hôpital Saint Georges. Elle accouche le soir même sous césarienne. Le lendemain, le trésorier de l'hôpital lui demande de payer les soins, soit plus de 7 000 euros. L'équipe d'ASEM tente alors de négocier un paiement en huit échéances avec le trésorier. Réponse : " il n'y a rien à discuter, j'ai déjà appelé la police".
> Pendant la nuit, la mère, son accompagnatrice et le nouveau-né sont placés en garde à vue au commissariat de Sisli. L'équipe d'ASEM informée contacte en vain un avocat du

[39] Taux de réponse = 60,7 % et 50,9 % respectivement.
[40] Taux de réponse = 63,2 % et 50,4 % respectivement
[41] Taux de réponse = 82,5 %.
[42] Taux de réponse = 80 %.

> Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les réfugiés (UNHCR). La mère, son accompagnatrice et le nouveau-né sont ensuite conduits au centre de rétention de Kumkapi. Ils resteront une semaine incarcérés. Leur sortie sera subordonnée à une demande d'asile, probablement soutenue par l'UNHCR. La naissance de l'enfant n'est toujours pas déclarée officiellement. En effet, l'hôpital public refuse, en l'absence de paiement des frais de soins, de donner le rapport médical de naissance.
>
> MdM Turquie – Istanbul - 2013

Concernant leur situation administrative[43], plus d'un tiers des femmes enceintes vues en Turquie sont en situation irrégulière de séjour (34,4 %) et 28,1 % sont concernées par une demande d'asile. La totalité d'entre elles doit payer 100 % des coûts liés aux soins.

Après la consultation médicale, les médecins estiment que 30,0 % des femmes enceintes ont reçu des soins trop tardivement, c'est-à-dire après leur douzième semaine de grossesse. Elles sont 70,0 % à ne pas avoir accès aux soins prénataux et les médecins ont considéré que 80,0 % d'entre elles nécessitaient des soins urgents.

Les femmes enceintes au Canada

Au Québec, 28 femmes enceintes ont consulté dans le centre montréalais de MdM, ce qui représente 7,9 % des femmes enceintes vues en 2013. Elles sont toutes étrangères[44] et en moyenne âgées de 29,6 ans. Près de 80 % d'entre elles déclarent vivre dans un logement stable[45] (78,9 %). Seules 10 % d'entre elles sont en situation irrégulière vis-à-vis de leur présence sur le territoire. La majorité d'entre elles (45,0 %) possède un visa de tourisme ou de court séjour. Cependant, 95 % doivent supporter la totalité des coûts des soins.

Les médecins ont estimé que près de la moitié des femmes enceintes avaient reçu des soins trop tardivement[46], c'est-à-dire après leur douzième semaine de grossesse et que la totalité d'entre elles nécessitait des soins qualifiés d'assez urgents.

> Dalisay, originaire des Philippines, est arrivée au Canada il y a un an pour travailler. Quelques semaines après son arrivée, elle découvre qu'elle est enceinte. A l'annonce de cette nouvelle, son employeur a annulé son contrat de travail. Dalisay s'est alors retrouvée sans emploi, sans domicile et sans accès aux soins de santé. MdM Canada l'a reçue, car elle n'avait aucun suivi de grossesse. Elle avait prévu d'accoucher chez elle avec une sage-femme, mais en raison de complications, elle a dû accoucher à l'hôpital. Dalisay est toujours sans emploi et doit payer plus de 6 500 euros pour son accouchement.
>
> MdM Canada – Montréal – Décembre 2013

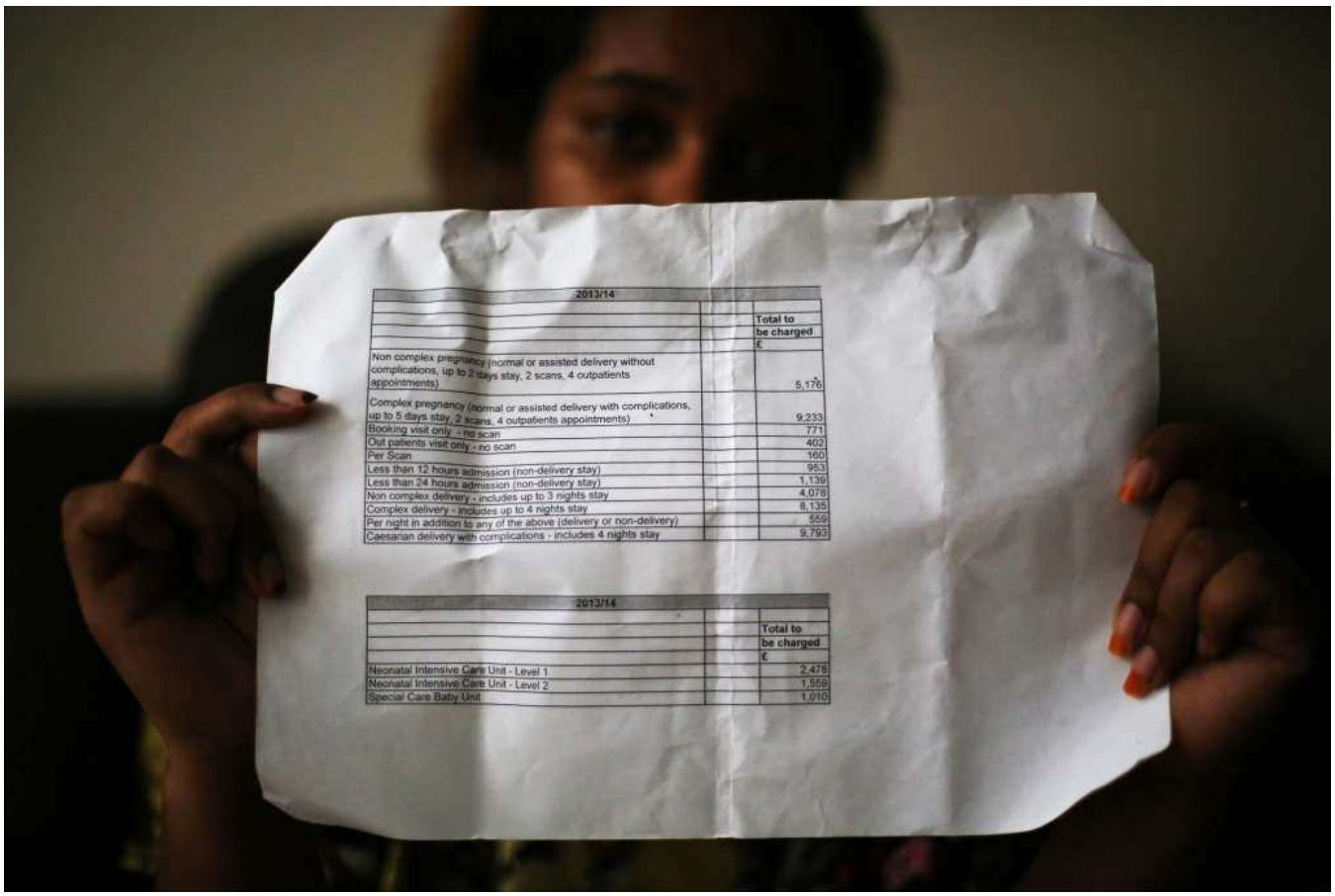
[43] Taux de réponse = 80 %.
[44] Taux de réponse = 71,4 %.
[45] Taux de réponse = 67,9 %.
[46] Taux de réponse = 17,9 % et 25 % respectivement

Le refus de délivrer des certificats de naissance aux mères qui n'ont pas pu payer

Les équipes de MdM assistent désormais à des refus de délivrance de certificats de naissance, en dépit du droit fondamental de tout être humain à avoir une reconnaissance de son existence. Des témoignages de Belgique, de Grèce et de Turquie démontrent la spirale infernale enclenchée par l'obsession du recouvrement des coûts, fût-elle en allant à l'encontre des droits fondamentaux.

Ainsi des enfants, parce qu'ils sont nés de parents trop pauvres pour payer l'accouchement, n'auraient aucune existence, en Europe ? Comment peut-on tolérer une telle dérive ? Nous demandons aux Institutions Européennes et aux gouvernements de garantir à chaque enfant une existence légale.

> Maritza, une femme arménienne âgée de 33 ans, vit en Belgique depuis 7 ans. Au début, elle survivait en faisant des petits boulots. Mais elle a commencé à souffrir de problèmes psychiatriques (troubles anxieux). Sur la base de sa demande de séjour pour raisons médicales, elle a reçu une prestation minimale et l'aide médicale du Centre public d'aide sociale (CPAS) pendant quelques mois. Lorsque sa demande de séjour pour raisons médicales a finalement été rejetée, les aides se sont arrêtées.
> Maritza est venue au centre de MdM alors qu'elle était enceinte de six mois. Elle venait consulter pour le suivi de grossesse et pour l'accouchement, et a également demandé à voir un psychiatre, pour son anxiété. Elle devrait pouvoir bénéficier de l'Aide Médicale Urgente spécifique pour les sans-papiers (AMU, accordée par le CPAS). Maritza, qui n'était plus en mesure de travailler et donc de se payer une chambre, a été hébergée par des compagnons arméniens. Le CPAS demande des déclarations écrites d'hébergement, une pièce d'identité et la preuve des revenus des hébergeants, qui sont toujours très réticents à fournir ce type de documents. Le CPAS a alors considéré qu'il s'agissait d'un « refus de collaborer ». La demande d'AMU a été rejetée, l'enquête sociale « ne pouvant être effectuée ». Pour le suivi prénatal préventif, Maritza a pu être immédiatement référée à "Kind en Gezin" (Enfant et famille). Maritza a accouché au début du printemps. L'hôpital l'a admise, mais comme elle ne bénéficiait toujours pas de l'AMU, et malgré les 21 heures de travail, elle a été obligée de partir dès le lendemain de la naissance. En plus, l'hôpital a refusé de lui fournir le certificat de naissance, nécessaire pour la déclaration de l'enfant à la municipalité. L'intervention du service social de MdM a permis que ce certificat lui soit délivré.
>
> MdM Belgique – Anvers - 2013



© Giorgos Moutafis- Devis de 4 930 à 11 720 euros pour accoucher à l'hôpital, MdM UK, Londres 2014

Focus sur la vaccination des mineurs

Au total, 1 703 patients mineurs ont consulté l'un des centres européens associés à l'enquête, soit 10,4 % des patients pour lesquels un âge est renseigné (97 % des patients).

Tableau 6. Effectifs des mineurs par pays et proportion parmi l'ensemble des patients reçus.

	Nb de mineurs	% du total Europe	% de la population en Europe
BE	257	15,1	10,9
CH	23	1,4	10,0
DE	79	4,6	15,7
EL[47]	713	41,9	21,2
FR	608	35,7	6,9
NL	5	0,3	3,8
UK	40	2,3	3,8
Total Europe	1 703	100,0	10,4
CA	13	-	-
TR	39	-	-
Total	1 755		-

Parmi eux, 1 568 ont été vus par un médecin. Comme on pouvait s'y attendre, quatre groupes de problèmes médicaux regroupent 50 % des diagnostics : les infections respiratoires (31 %), les vaccinations (7 %), les problèmes digestifs (6 %) et dentaires (5 %). Si on ajoute les symptômes généraux (3 %), les troubles psychosomatiques (3 %), les autres troubles respiratoires (3 %), ostéoarticulaires (3 %), les infections auriculaires (3 %), les éruptions cutanées (2,6 %), les infections cutanées (2,5 %) et autres dermatoses (2,4 %), on compte 75 % des diagnostics. Pour autant, certaines maladies graves ou chroniques ne sont pas totalement absentes. On compte, par exemple, des cas de diabète insulinodépendant (n=14), des affections cardiovasculaires (n=27), des épilepsies (n=13), des anomalies métaboliques (n=7), ou encore un cas de sida et un cas de tuberculose pulmonaire.

Remarques méthodologiques

Cette année, les données vaccinales n'ont été renseignées que pour les mineurs. Grâce à ce changement, discuté avec les équipes de terrain, les taux de réponse aux questions sur le statut vaccinal des mineurs sont extrêmement variables d'un pays à l'autre mais sont désormais exploitables (au contraire des années précédentes). Les taux de réponse sont identiques d'un antigène à l'autre, c'est-à-dire que, pour un patient donné, les questions sur les vaccins ont été remplies de façon systématique, dans des proportions à peu près identiques.

En revanche, une moitié des médecins a codé « vaccin = non » puis « vaccin = fait » (ce qui était la logique du questionnaire : devant le constat d'un statut vaccinal négatif, on vaccine) alors qu'une autre moitié a codé « vaccin = oui » (justement parce qu'ils allaient le faire) puis « vaccin = fait ». Ces derniers ont été recodés en non. Dans l'avenir, il faudra spécifier qu'on souhaite le statut vaccinal à l'arrivée / avant la consultation et la vaccination éventuelle.

Le taux de données manquantes est très faible en Allemagne, en Grèce, aux Pays-Bas (mais qui n'ont reçu que cinq mineurs) et en Turquie. En France, ces questions ne sont renseignées que pour moins d'un mineur sur deux (les données analysées sur 249 répondants doivent donc être interprétées avec prudence) et en Suisse pour 70 % des mineurs (mais l'effectif final est faible). Les effectifs finaux de

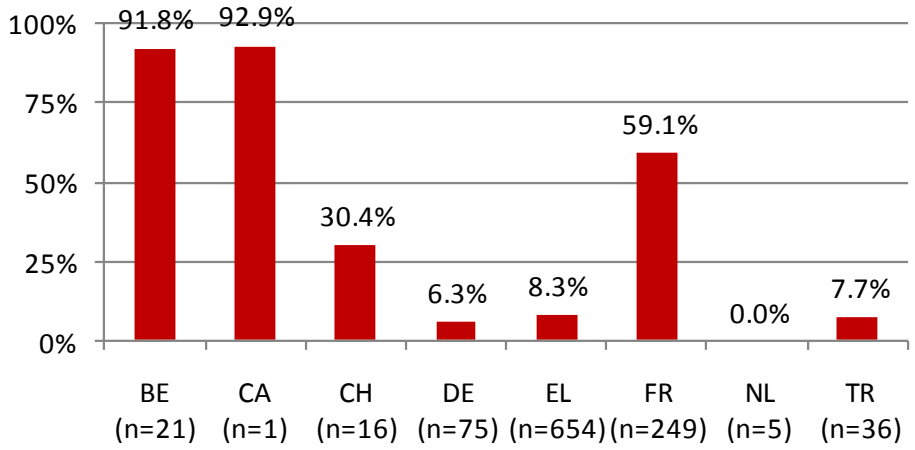
[47] Seuls environ 13 % des enfants qui ont consulté dans les cinq polycliniques grecques ont été enregistrés dans la base de données analysée ici.

répondants ne dépassent 75 individus que dans trois pays pour lesquels nous préciserons le détail pour information (en Allemagne : n=75, en Grèce : n=654, en France : n=249) ; dans tous les autres pays les effectifs sont trop faibles pour que le détail ait un sens.

Ainsi pour la comparaison des couvertures vaccinales entre pays, nous ne retenons que ceux pour lesquels nous avons des réponses pour plus de 75 mineurs.

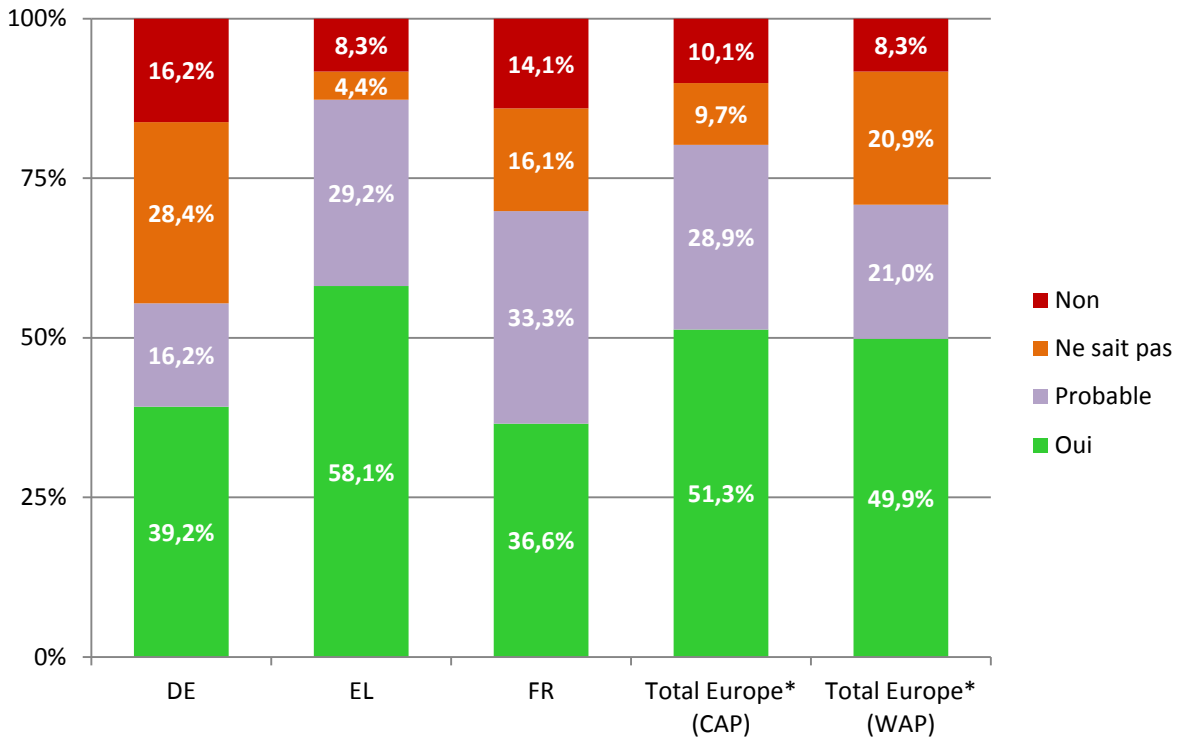
Comme on pouvait s'y attendre, ce sont les couvertures vaccinales contre le tétanos qui sont le plus souvent renseignées d'une part et le moins souvent inconnues d'autre part (9,7 % de réponses « ne sait pas » au total dans les six pays européens qui ont posé la question, et 0 % en Turquie).

Figure 5. Taux de données manquantes des questions sur la vaccination chez les mineurs par pays d'enquête : l'exemple du tétanos (les effectifs de répondants sont données entre parenthèses).



Dans les six pays européens pour lesquels nous avons des données sur les vaccinations (l'Espagne ne reçoit pas de mineurs et à Londres la question n'a pas été posée), **seul un mineur sur deux est vacciné contre le tétanos** (49,9 % proportion totale moyenne). Au pire, seuls 36,6 % des enfants sont vaccinés contre le tétanos… Un tiers des mineurs ne sont certainement pas vaccinés ou ne le savent pas (ce qui revient au même en termes d'indication vaccinale formelle) et 21 % le sont probablement mais sans certitude (ce qui nécessiterait également de les revacciner vue la gravité potentielle de la maladie).

Figure 6. Couverture vaccinale contre le tétanos des mineurs.



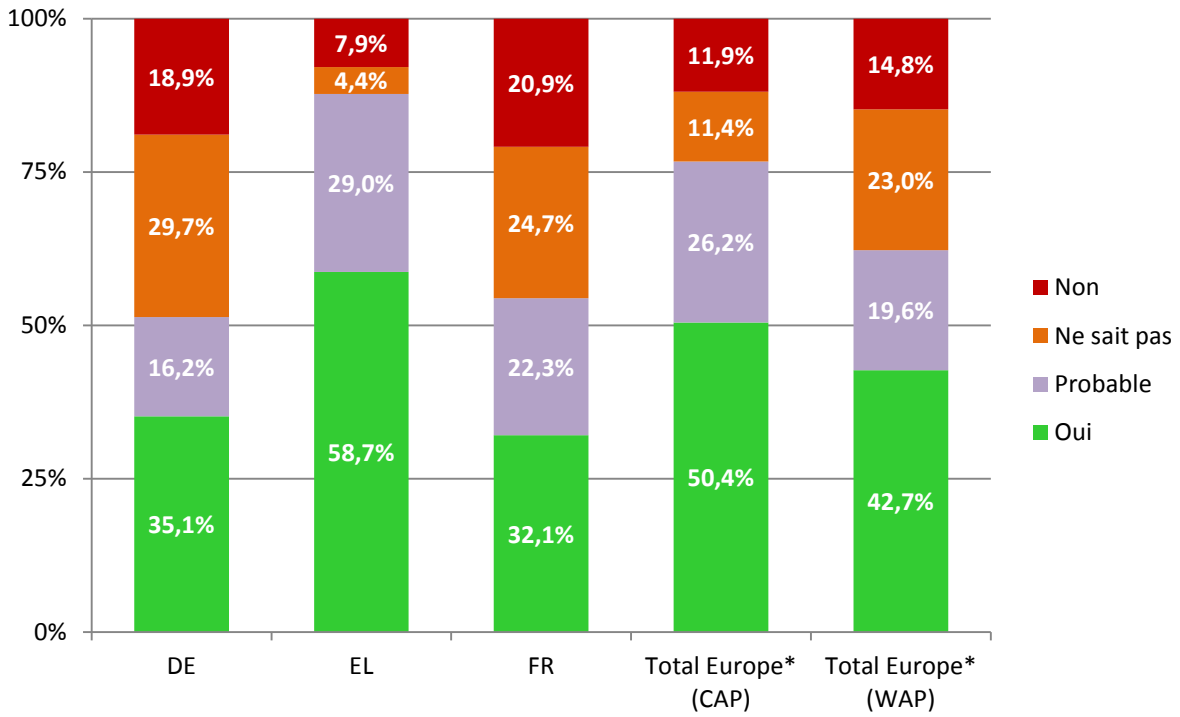
**Total incluant BE, CH, DE, EL, FR et NL*

Soulignons que, pour autant, l'activité vaccinale (en interne) des programmes de MdM reste exceptionnelle : seuls les centres grecs et celui de Munich ont vacciné des enfants [48].

Concernant la vaccination contre l'hépatite B, les taux sont moins bons encore : **à l'exception de la Grèce (où 58,7 % des mineurs sont vaccinés), ils ne dépassent pas 35 % dans les autres pays où la question a été posée**. Là encore, l'activité de vaccination « intra-muros » dans les programmes de MdM reste tout à fait exceptionnellement documentée par les médecins.

[48] Précisons que 5 596 enfants ont été vus dans les cinq polycliniques grecques où 5 327 vaccinations ont été effectuées. Nous n'avons dans la base de données qu'environ 13 % des enfants vus en Grèce (sans compter les 7 654 enfants vus dans les antennes mobiles où 3 261 vaccinations ont été faites).

Figure 7. Couverture vaccinale contre l'hépatite B des mineurs.



**Total incluant BE, CH, DE, EL, FR et NL*

Rappelons que la plupart des pays européens ont suivi la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé[49] (OMS) d'intégrer ce vaccin dans les programmes nationaux de vaccination. Dans ces pays, la couverture vaccinale en population générale atteint environ 93 %[50]. Un certain nombre de pays n'imposent pas actuellement la vaccination des enfants avant l'âge de 2 ans ou n'ont pas de programmes systématiques, notamment le Royaume Uni, le Danemark ou la Suède.
En France, même si la vaccination contre l'hépatite B n'est plus une pratique systématique, elle reste fortement recommandée chez tous les nourrissons de même qu'un rattrapage chez tous les jeunes de moins de 16 ans[51]. La couverture vaccinale en population générale remonte peu à peu après l'effondrement des années 1990 (la couverture vaccinale 3 doses était de 74 % à 24 mois en 2011 dans les centres de Protection maternelle et infantile et de 61 % au même âge en 2010 en secteur libéral[52]).

Concernant la vaccination contre la coqueluche ou par le vaccin Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR), les taux sont sensiblement les mêmes que pour l'hépatite B. **Au mieux, un mineur sur deux est vacciné contre la coqueluche (au pire 33,3 %) et une même proportion est vaccinée par le ROR (au pire 25,7 %)** quand, dans la plupart des pays d'enquête, les couvertures vaccinales contre la coqueluche et la rougeole à l'âge de 2 ans atteignent (et dépassent souvent) les 90 % (avec des moyennes respectives de 95,3 % et 93,5 % dans les pays de l'OCDE en 2009)[53].

---

49 De Franchis R, Marcellin P, et al. EASL International Consensus Conference on Hepatitis B. *J Hepatol* 2003 ; 39: S3-25.

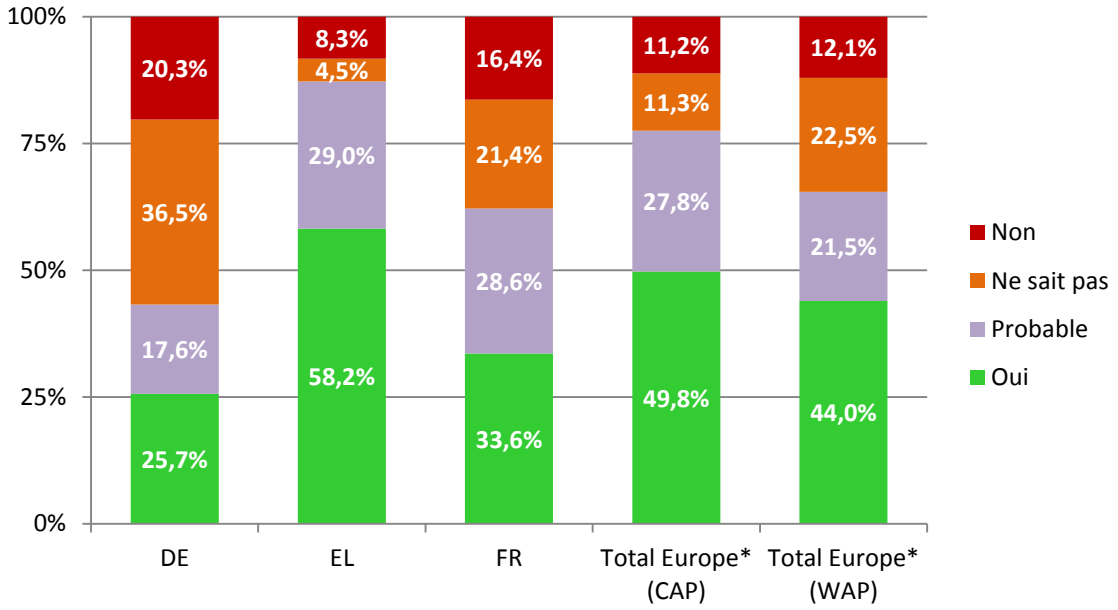
50 OCDE. Programmes de vaccination des enfants. *In* : *Panorama de la santé 2011*. Paris : Éditions OCDE, 2011.

51 Le Haut Conseil de la Santé Publique recommande que « Tout enfant ou adolescent âgé de moins de 16 ans, non antérieurement vacciné, devrait se voir proposer la vaccination contre l'hépatite B à l'occasion d'une consultation médicale ou de prévention ». (Ministère des affaires sociales et de la santé. *Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales 2013*. Paris, 2013, p. 14.)

52 Fonteneau L, Guthman JP, Levy Bruhl D. *Estimation des couvertures vaccinales en secteur libéral à travers l'échantillon généraliste des bénéficiaires en France – 2004-2009*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, août 2010, 14 p.

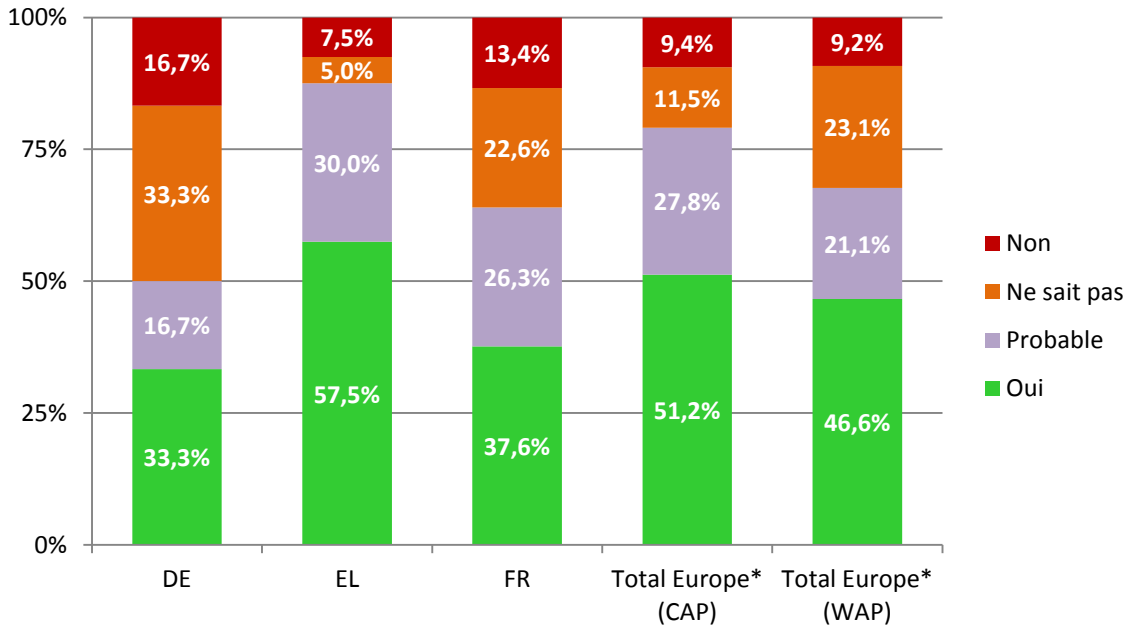
53 OCDE. Programmes de vaccination des enfants. *In* : *Panorama de la santé 2011.* Paris : Éditions OCDE, 2011.

Figure 8. Couverture vaccinale ROR des mineurs.



BE, CH, DE, EL, FR et NL (Pas de données en ES et UK)

Figure 9. Couverture vaccinale contre la coqueluche des mineurs.



BE, CH, DE, EL, FR et NL (Pas de données en ES et UK)

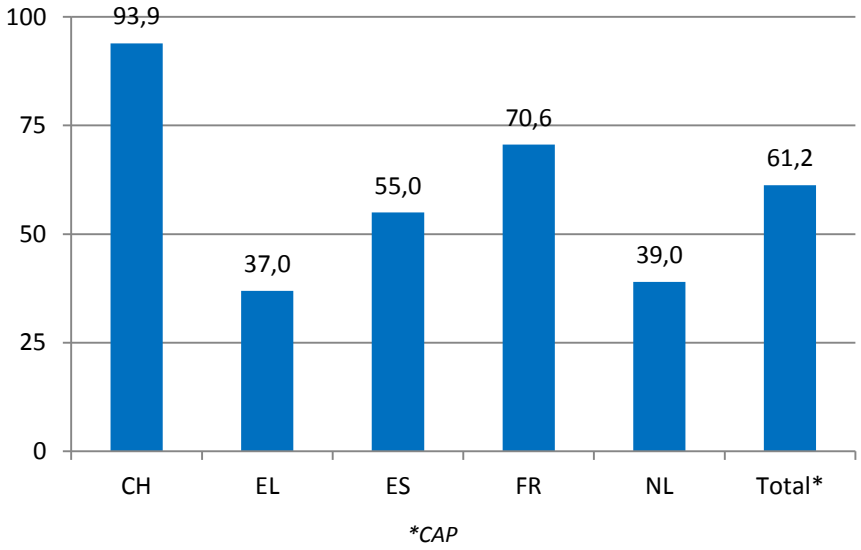
Anton, 5 ans, et sa famille ont quitté la Bulgarie en 2013. Ils ont emménagé à Munich. « Au début toute la famille avait une assurance maladie grâce à mon travail. Mais j'ai perdu mon travail et depuis nous n'avons plus de couverture maladie. Quand Anton a eu de la fièvre, nous l'avons amené pour la première fois à open.med. Nous étions aussi préoccupés par un problème de pigmentation de peau et ses mains gonflées» dit sa mère. L'équipe d'open.med lui a donné un rendez-vous avec un dermatologue. Le médecin a diagnostiqué une «dysmorphie génétique» et a prescrit un test génétique. Ni les parents ni MdM ne peuvent payer ce test, extrêmement coûteux. Le pédiatre de MdM a demandé le carnet de vaccination d'Anton, mais ses parents, qui n'avaient jamais vu un tel livret, ne pouvaient pas dire quels vaccins Anton avait déjà reçus. MdM les a également interrogés

> au sujet de leur couverture maladie en Bulgarie. Même si Anton pouvait obtenir des soins médicaux en Bulgarie, ses parents n'ont pas la carte européenne de couverture maladie. « J'espère qu'open.med va pouvoir nous aider à obtenir une couverture maladie en Allemagne pour pouvoir emmener Anton faire ce test génétique. »
>
> MdM Allemagne - Munich - Janvier 2014

La connaissance des lieux de vaccination

Les patients interrogés sur la vaccination de leurs enfants ont aussi été questionnés sur leur connaissance des lieux de vaccination. **Près de 40 % (39 %) ignorent où aller pour faire vacciner leur enfant**. Après la Suisse (où pratiquement la totalité des personnes savent où aller se faire vacciner), c'est en France que les personnes étaient les mieux informées sur les lieux de vaccination.

Figure 10. Connaissance des lieux de vaccination (chez/pour les mineurs).



**CAP*

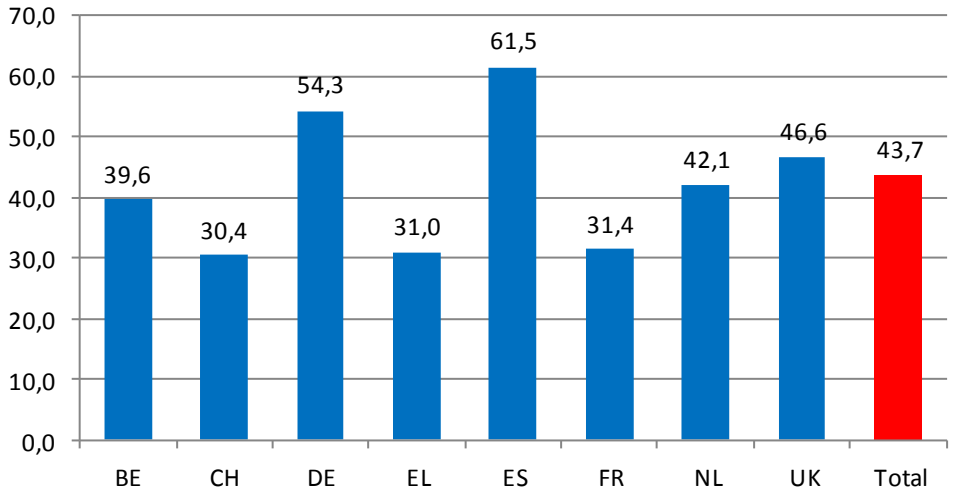
Les caractéristiques démographiques

Sexe et âge

Parmi l'ensemble des patients reçus dans les centres européens en 2013, 43,7 % sont des femmes.

L'âge moyen est de 33,1 ans (médiane = 32). La moitié des patients ont entre 24 et 42 ans.

Figure 11. Proportion de femmes par pays d'enquête.



Nationalités et zones géographiques d'origine

Rappelons qu'on recense dans le monde en 2013 environ 240 millions de migrants internationaux, dont environ six sur dix résident dans les régions développées[54].

Rapportés à la population totale, les migrants internationaux représentent environ 3,2 % de la population mondiale en 2013, contre 2,9 % en 1990. Parmi ces migrants internationaux, seul un tiers s'est déplacé d'un pays en développement vers un pays développé, alors que les autres se sont déplacés d'un pays en développement vers un autre ou entre deux pays développés[55]. Des estimations des différentes populations de migrants dans le monde sont présentées dans le tableau suivant.

[54] OCDE. *Perspectives des migrations internationales 2013*. Paris : Editions OCDE, 2013.

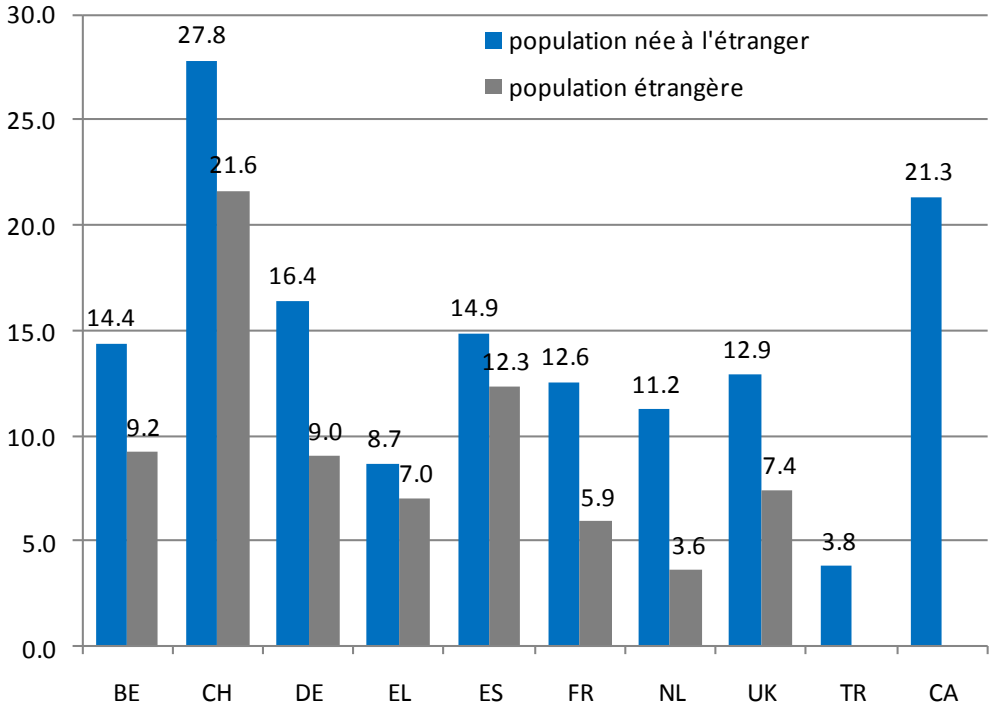
[55] UNDP. *Human Development Report 2013. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World*. New York: UNDP Editions.

Tableau 7. Estimation des différentes populations de migrants dans le Monde

Catégories de migrants	Estimation de population (stock)
Migrants internes	740 millions (2009)
Migrants internationaux	240 millions (2013)
Travailleurs migrants	100 millions (2010)
Etudiants internationaux	2,1 millions (2003)
Personnes déplacées à l'intérieur d'un même pays	51 millions (2007)
Réfugiés	15,2 millions (2009)
Demandeurs d'asile ou demandeurs du statut de réfugié	838 000 demandes en 2009
Voyageurs (tourisme ou affaire)	922 millions en 2008
Victimes de trafic humain	800 000 personnes par an (2006)

Source : WHO/IOM (2013). Health of Migrants. The way forward. Report of a global consultation. Madrid, Spain, 3–5 March 2010.

Figure 12. Proportion de la population totale née à l'étranger ou étrangère par pays en 2010.



Source : OCDE, 2012.

Remarques méthodologiques
Rappelons que, selon la définition des Nations Unies, est immigrée toute personne née dans un autre pays que celui où elle réside (ce qui comprend donc les nationaux nés à l'étranger, c'est-à-dire avec la nationalité du pays où elles résident actuellement)[56].

Les populations étrangère et immigrée ne se confondent donc pas : un étranger peut être né dans le pays où il réside, un immigré peut avoir été naturalisé. La qualité d'immigré est permanente (un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il acquiert la nationalité de son pays de résidence). L'origine géographique d'un immigré est, elle, définie par son pays de naissance et non par sa nationalité de naissance. A MdM toutefois, ce sont les nationalités seules qui sont enregistrées.

La grande majorité des patients reçus dans les centres et programmes de MdM sont immigrés (95 %) alors que, selon les pays, on compte entre 3,8 % (en Turquie) et 27,8 % (en Suisse) de personnes nées à l'étranger (voir la figure suivante pour le contexte de l'immigration dans les 10 pays de l'enquête).

A Montréal, les Américains (47,8 %) et les Africains subsahariens sont les plus nombreux mais la question n'a été renseignée qu'une fois sur deux. A Istanbul, 87 % des patients viennent d'Afrique sub-saharienne et 9 % du Proche et du Moyen-Orient[57].

Dans les huit pays d'Europe de l'enquête[58], les régions d'origine des patients sont l'Afrique sub-saharienne (29,4 %), l'Europe (UE : 14,9 % et hors UE : 7,4 %), le Proche et le Moyen Orient[59] (12,6 %), le Maghreb (12,0 %), l'Asie (au sens large, 9,7 %), les Amériques (essentiellement l'Amérique latine : 8,9 %). **Les citoyens de l'Union Européenne arrivent donc en deuxième position, après les migrants d'Afrique subsaharienne.**

Les moyennes européennes recouvrent bien entendu de grandes disparités d'un pays d'enquête à l'autre (comme nous l'observons chaque année) en fonction des flux migratoires propres à chacun d'entre eux, eux-mêmes dépendant de leur propre histoire (notamment pour les anciennes nations coloniales) et de leur situation géographique.

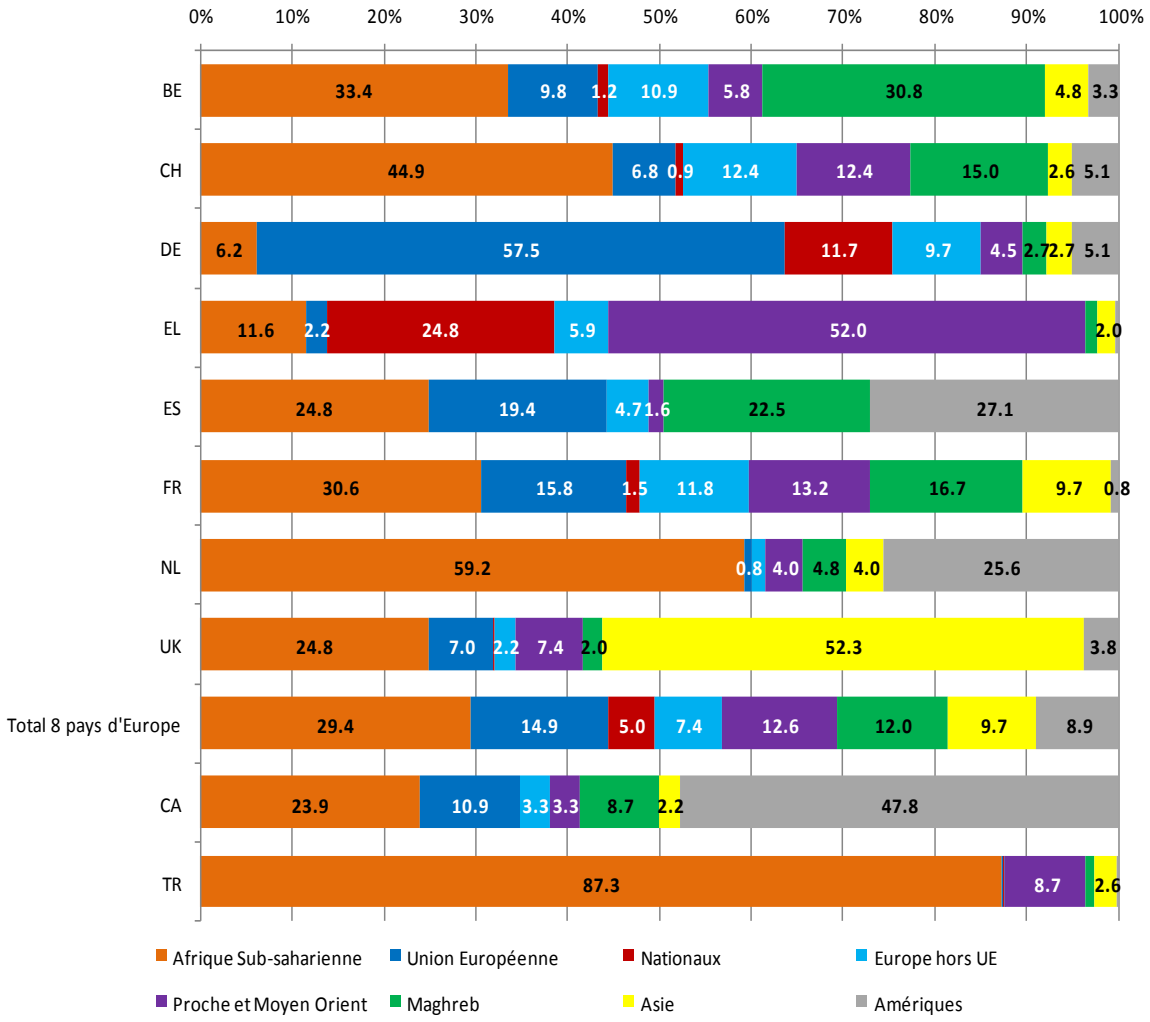
[56] En France, selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées (notamment, les personnes nées françaises dans les anciennes colonies françaises).

[57] Taux de réponse respectifs : CA=45,1 %, TR=77,0 %

[58] Taux de réponse respectifs : BE=97,9 %, CH=98,7 %, DE=99,0 %, EL=98,6 %, ES=99,2 %, FR=89,3 %, NL=94,0 %, UK=98,5 %, CA=45,1 %, TR=77,0 %

[59] Pour ce rapport, le terme « Moyen Orient » comprend l'Afghanistan, les Emirats arabes unis, l'Egypte, l'Iran, l'Irak, le Kazakhstan, le Koweït, le Kurdistan, la Jordanie, le Liban, le Pakistan, la Palestine, la Syrie et le Yémen.

Figure 13. Régions du monde d'origine des patients.



Si le continent africain (y compris le Maghreb) reste la première provenance des patients vus en Belgique et en France et l'Asie celle des patients vus à Londres, on remarque que les nationalités les plus fréquemment rencontrées ne répondent pas toujours à ce « poids de l'histoire ».

En effet, en **France**, dans le centre de Saint-Denis, les trois nationalités les plus fréquemment rencontrées sont les Roumains, les Pakistanais et les Indiens ; à Nice, il s'agit essentiellement de ressortissants du Maghreb et d'Afrique subsaharienne (même si – ensuite – les cinq suivantes concernent des pays d'Afrique anciennement colonisés). En **Belgique**, les personnes fréquentant les centres de MdM sont majoritairement originaires du Maroc, de la Guinée et de la République démocratique du Congo (mais six des 10 premières nationalités sont francophones). Aux **Pays-Bas**, les Nigérians et les Ghanéens sont plus nombreux que les Surinamiens. A **Londres**, les ressortissants du sous-continent indien (Bangladeshi et Indiens) restent les deux premières nationalités rencontrées, suivis par les Philippins. A **Munich**, les Bulgares sont les plus nombreux suivis par les Allemands et les Roumains. En **Grèce**, les patients les plus nombreux sont Afghans, suivis par les Grecs et les Syriens qui apparaissent fortement cette année (10ème nationalité l'an passé).

Tableau 8. Dix premières nationalités les plus fréquemment relevées, par pays.

Belgique	Suisse	Allemagne	Grèce	Espagne	France	Pays-Bas	Royaume-Uni	Canada	Turquie
Maroc (545)	Nigeria (26)	Bulgarie (190)	Afghanistan (1151)	Maroc (24)	Roumanie (1031)	Nigeria (35)	Bangladesh (165)	Mexique (16)	Sénégal (155)
Guinée (137)	Érythrée (17)	Allemagne (60)	Grèce (838)	Roumanie (19)	Pakistan (873)	Ghana (22)	Inde (117)	Haïti (15)	RD Congo (106)
RD Congo (137)	Afghanistan (15)	Roumanie (59)	Syrie (530)	Nigeria (8)	Inde (575)	Surinam (13)	Philippine (108)	Algérie (8)	Cameroun (88)
Algérie (123)	Algérie (14)	Serbie (22)	Albanie (173)	Cuba (6)	Tunisie (514)	Brésil (5)	Ouganda (99)	Cameroun (4)	Nigeria (71)
Cameroun (113)	Maroc (13)	Pologne (14)	Somalie (170)	Guinée (6)	Cote d'Ivoire (512)	Colombie (3)	Chine (76)	RD Congo (4)	Cote d'Ivoire (50)
Nigeria (65)	Gambie (10)	Hongrie (10)	Soudan (64)	Sénégal (5)	Mali (470)	Égypte (3)	Nigéria (63)	France (4)	Ouganda (33)
Roumanie (63)	Guinée-Bissau (8)	Mongolie (10)	Bangladesh (59)	Honduras (4)	Maroc (417)	Équateur (3)	Vietnam (43)	Cote d'Ivoire (3)	Somalie (29)
Afghanistan (62)	Géorgie (6)	Afghanistan (8)	Érythrée (57)	Nicaragua (4)	Algérie (370)		Roumanie (39)	Cuba (3)	Afghanistan (23)
Sénégal (62)	Portugal (6)	Croatie (8)	Bulgarie (52)	Venezuela (4)	Moldavie (351)	-	Pakistan (30)	Madagascar (3)	Guinée (21)
Bulgarie (46)	Tunisie (6)	Irak (8)	Pakistan (51)		Cap vert (254)		Afghanistan (28)	Espagne (3)	Ghana (19)

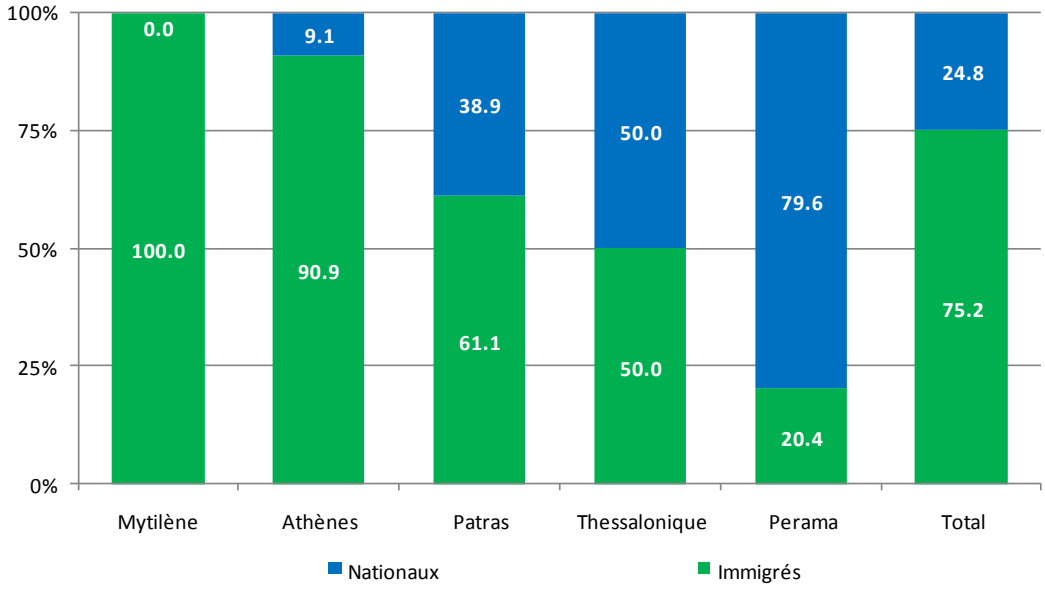
La proportion de patients originaires du Proche et du Moyen-Orient s'est considérablement accrue entre 2012 et 2013, en lien avec les troubles politiques dans cette région du monde. Elle atteint, en 2013, 30,8 % en Belgique, 22,5 % en Espagne, 16,7 % en France et 15,0 % en Suisse. En Grèce, les Syriens constituent, en 2013, la troisième nationalité la plus fréquente (15,5 %), après les Afghans (33,6 %) et les Grecs (24,4 %).

En France, l'inclusion d'un second centre (Saint-Denis en région parisienne), en plus de celui de Nice, explique l'inversion du rapport Maghrébins/Africains subsahariens entre 2012 et 2013. En effet, en 2012, on comptait 36 % de Maghrébins contre 19,9 % d'Africains subsahariens à Nice. Cette année, le cumul des deux centres conduit à ce que les Africains subsahariens soient les plus nombreux (31 %), loin devant les Maghrébins (17 %).

En Grèce, la proportion de nationaux reste la plus importante parmi tous les pays de l'enquête : **un quart des patients vus en Grèce sont des Grecs**. Cette diminution apparente entre 2012 (où on comptait la moitié de patients grecs) et 2013 s'explique par la participation à l'enquête d'un nouveau centre exclusivement fréquenté par des immigrés (Mytilène ouvert en 2013). **A Thessalonique[60] et à Perama, la majorité des patients vus en consultation sont toujours des nationaux** (respectivement 50 % et 79,6 %).

[60] Seuls 13 % des patients vus à Thessalonique ont été enregistrés dans la base de données et 57 % pour Perama, ce qui explique largement la baisse de la proportion des grecs dans la population reçue.

Figure 14. Proportion de nationaux et d'immigrés dans les cinq centres grecs.



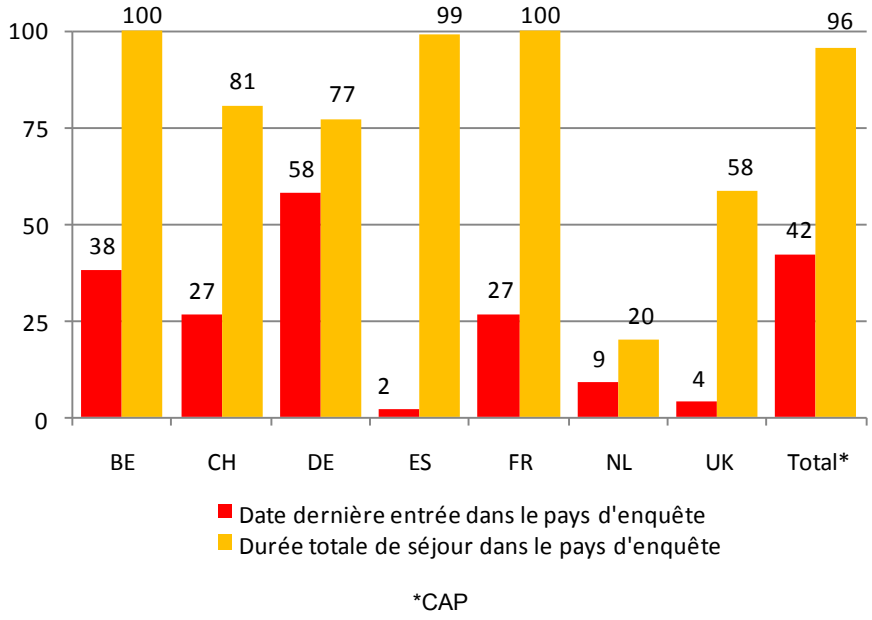
Durées de séjour des non-nationaux dans le pays d'enquête

Dans sa version complète, le questionnaire interroge successivement deux variables : la date de la dernière entrée dans le pays d'enquête (qui permet dans certains pays de déterminer la situation administrative vis-à-vis de l'accès aux soins) et la durée de séjour total (tous séjours confondus) dans le pays d'enquête.

Ces questions n'ont pas été posées en Grèce.

La première question est sensiblement mieux renseignée, même si les taux de réponse en Belgique (62 %) et à Munich (42 %) incitent à la prudence dans l'interprétation des résultats. Le taux de réponse pour la seconde question est particulièrement bas et n'est exploitable qu'aux Pays-Bas. Elle n'a pas été posée en Belgique, ni en France, et pratiquement jamais en Espagne. On compte moins de 30 % de réponses en Suisse et à Munich et 40 % à Londres. Il faudra discuter de son maintien pour l'avenir : ce faible taux de complétion s'explique sans doute par le fait que les équipes de MdM la trouve difficile à calculer (pour les personnes ayant effectué de nombreux allers et retours).

Figure 15. Taux de données manquantes pour les deux questions de durée de séjour.



En moyenne, dans les 8 pays d'Europe, les patients non nationaux résident dans le pays depuis près de 3 ans (32,5 mois) ; 50 % d'entre eux sont là depuis 4 mois à 3 ans. Les anciennetés d'installation sont notoirement plus longues en Espagne et à Londres (moyenne = 64 mois, soit un peu plus de 5 ans), aux Pays-Bas (moyenne = 87,8 mois, soit un peu plus de 7 ans) et en Belgique (moyenne = 40,8 mois, soit près de 3,5 ans) que dans les autres pays.

A Istanbul, les patients sont là depuis moins longtemps en moyenne (11 mois).[61]

Cela démontre à nouveau combien la migration pour soins est un mythe puisque les patients vus ne consultent qu'après de longues périodes passées sur le territoire européen.

Tableau 9. Distribution de l'ancienneté de séjour des non nationaux (à partir de la dernière entrée la plus récente) : moyenne, médiane, étendue et interquartile par pays, en mois.

	Moyenne	*Minimum*	*Quartile inférieur*	*Médiane*	*Quartile supérieur*	*Maximum*
BE	40,8	0,0	9,6	24,0	48,0	684,0
CH	20,7	0,0	2,4	6,6	12,0	300,0
DE	21,5	0,0	1,2	4,8	12,0	420,0
ES	64,0	0,0	12,0	48,0	96,0	408,0
FR	24,7	0,0	3,6	7,2	24,0	756,0
NL	87,8	4,8	24,0	60,0	120,0	420,0
UK	63,2	0,0	12,0	48,0	96,0	588,0
Total 7 pays	32,5	0,0	3,6	12,0	36,0	756,0
TR	11,2	0,0	2,4	6,0	12,0	144,0

[61] La question n'a pas été posée à Montréal.

Raisons de migration

Comme chaque année, les migrants ont été interrogés sur les raisons qui ont motivé leur choix de migrer. Plusieurs réponses étaient possibles.

Tableau 10. Raisons de migration par pays.

	CH	DE	EL	ES	NL	UK	Total 6 pays (CAP)	CA	TR
Pour des raisons économiques	28,2	65,9	69,9	60,0	41,9	38,1	48,1	11,4	60,4
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle	23,6	4,6	40,2	4,8	31,0	28,5	23,7	22,7	38,6
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	18,2	31,8	3,8	22,4	14,0	10,7	15,2	31,8	3,8
A cause de conflits familiaux	10,0	3,5	2,9	5,6	13,2	7,2	6,7	0,0	4,0
Pour fuir la guerre	16,4	5,8	8,4	5,6	6,2	4,7	6,0	0.0	24,3
Pour assurer l'avenir de vos enfants	0,0	4,6	2,1	10,4	2,3	2,1	3,1	0,0	0,9
Pour faire des études	1,8	3,5	0,8	1,6	1,6	4,9	3,6	27,3	2,6
Pour des raisons personnelles de santé	**3,6**	**4,1**	**2,5**	**6,4**	**0,8**	**0,9**	**2,3**	**0,0**	**0,5**
Autre	9,1	11,3	2,5	4,0	2,3	15,6	11,2	11,4	1,9
Total*	110,9	135,0	133,1	120,8	113,2	112,8	119,9	104,5	137,0
Taux de réponse	*46,8*	*94,3*	*9,2*	*96,2*	*97,0*	*95,0*	-	*21,6*	*77,2*

** Plusieurs réponses possibles - En France la question n'a pas été posée, en Belgique, elle devait l'être pour 1 patient sur 7, en Grèce le taux de réponse (9,2 %) est très faible, de même qu'au Canda (21,6 %) .*

Comme en 2012, dans les pays européens, **les raisons les plus fréquentes parmi celles exprimées sont – et de loin - des raisons économiques** (48,1 %), **politiques** (en tout, 23,7 % + 6,0 % « pour fuir la guerre ») **et familiales** (soit pour un regroupement familial : 15,2 %, soit pour fuir des conflits familiaux : 6,7 %)[62].

En Turquie, les raisons politiques arrivent en première place (38,6%). Au Canada, deux raisons regroupent la majorité des réponses : retrouver ou suivre quelqu'un (31,8%) et pour faire des études (27,3%).

Les raisons de santé sont extrêmement rares (2,3 % en Europe, du même ordre de grandeur que ce qui était observé en 2008 et en 2012[63], 0% au Canada et 0,5% en Turquie). Dans des pays où l'accès aux soins est particulièrement difficile pour les personnes en situation précaire de séjour (Allemagne et Suisse), les raisons de migration pour raisons de santé, toujours infimes, sont parmi les plus fréquentes[64] (respectivement 4,1 % et 3,6 %). Londres ne comptabilise que 0,9 % de personnes citant des raisons de santé, ce qui démontre une fois de plus combien les discours contre les migrants qui viendraient soi-disant profiter du système de santé britannique sont infondés.

[62] Il s'agit là de proportions moyennes brutes (CAP) (afin de pouvoir comparer avec les données de 2012).

[63] En 2008 et en 2012, ce sont respectivement 6 % et 1,6 % des enquêtés qui déclarent la santé comme une des raisons de migration.

[64] Nous ne tenons pas compte du chiffre en Espagne où la migration est la plus ancienne parmi les patients vus en 2013, ce qui veut dire que les immigrés de plus longue date pouvaient à l'époque accéder aux soins ce qui n'est plus le cas aujourd'hui, s'ils sont sans papiers.

Victor, 56 ans est roumain : «Je suis né en 1958 et j'ai grandi à B., Roumanie. J'étais marié et j'avais deux enfants. Parce que dans mon pays, je n'étais plus en mesure de trouver un emploi, j'ai décidé de venir en Allemagne pour travailler. Je suis arrivé en mai 2008 et j'ai trouvé du travail dans le bâtiment. J'ai travaillé tous les jours pendant plusieurs heures, mais je ne savais pas que mon employeur était légalement tenu de payer mon assurance maladie. En 2012, j'ai eu souvent des douleurs musculaires. J'ai donc décidé de me rendre à MdM. Peu de temps après, la douleur s'est amplifiée surtout dans ma jambe. J'ai pourtant continué à aller travailler, c'était difficile parce j'étais très fatigué physiquement. En mai 2013, je suis retourné à open.med. Le médecin m'a dit qu'il s'agissait d'une urgence et m'a envoyé à l'hôpital. On m'a diagnostiqué une hernie discale lombaire et j'ai été opéré immédiatement. Après 11 jours passés à l'hôpital, je redoutais le montant de la facture : 4000 euros. J'ai demandé de l'aide à MdM. Ils ont parlé avec plusieurs institutions sociales et m'ont envoyé vers un organisme qui aide les gens (Caritas). J'ai été très soulagé d'apprendre que je n'aurais pas à payer les coûts de l'opération. Le médecin de l'hôpital m'a dit que normalement après la chirurgie, les patients doivent faire des séances de physiothérapie. Sans assurance, ce n'était pas une possibilité pour moi. Heureusement, open.med a pu organiser quelques séances de physiothérapie durant lesquelles j'ai appris des exercices à pratiquer à la maison, et lentement j'ai commencé à récupérer".

MdM Allemagne - Munich - Janvier 2014

Les conditions de vie

Comme chaque année, on constate qu'une grande majorité des personnes venant consulter les programmes de MdM accumulent les facteurs de vulnérabilité sociale qui sont autant de déterminants de leur santé dégradée.

Conditions de logement

Au total, dans les sept pays ayant posé la question, **62,4 % des patients vivent dans un logement instable ou temporaire**[65] (particulièrement fréquent en Suisse et aux Pays-Bas).

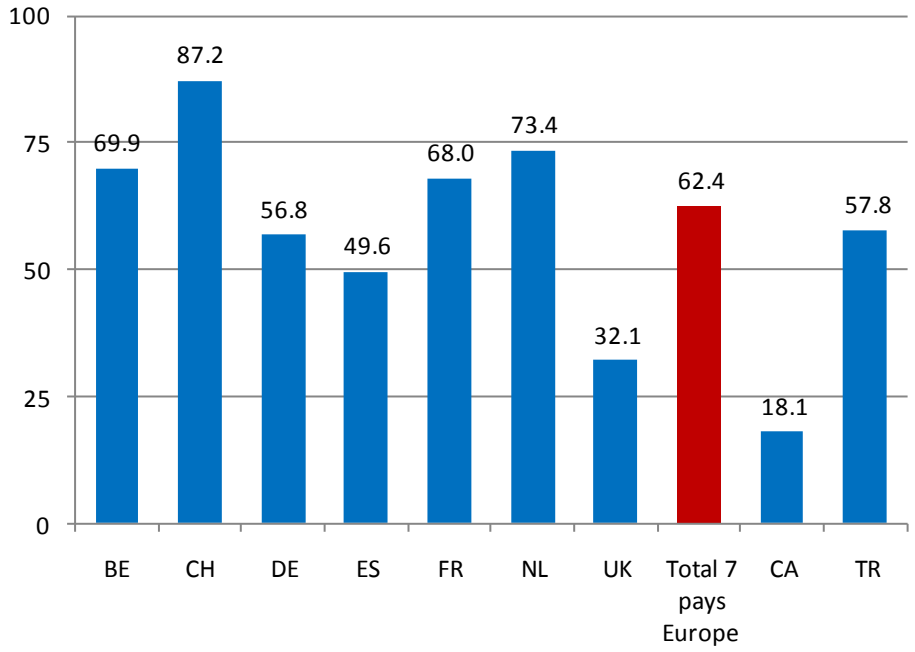
Cette proportion est de 18,1 % à Montréal et 57,8 % à Istanbul[66].

Un tiers (34,8 %) des personnes interrogées jugent que leur logement est néfaste pour leur santé ou celle de leurs enfants.

C'est à Munich et à Londres que les logements semblent les moins néfastes.

Parmi les patients reçus par les programmes de MdM, 11 % sont sans domicile fixe (20 % des hommes) et 7 % sont hébergés par un organisme ou une association (15 % des femmes), tandis que 5 % habitent un bidonville et 3 % un squat.

Figure 16. Proportion de patients vivant dans un logement instable ou temporaire par pays.



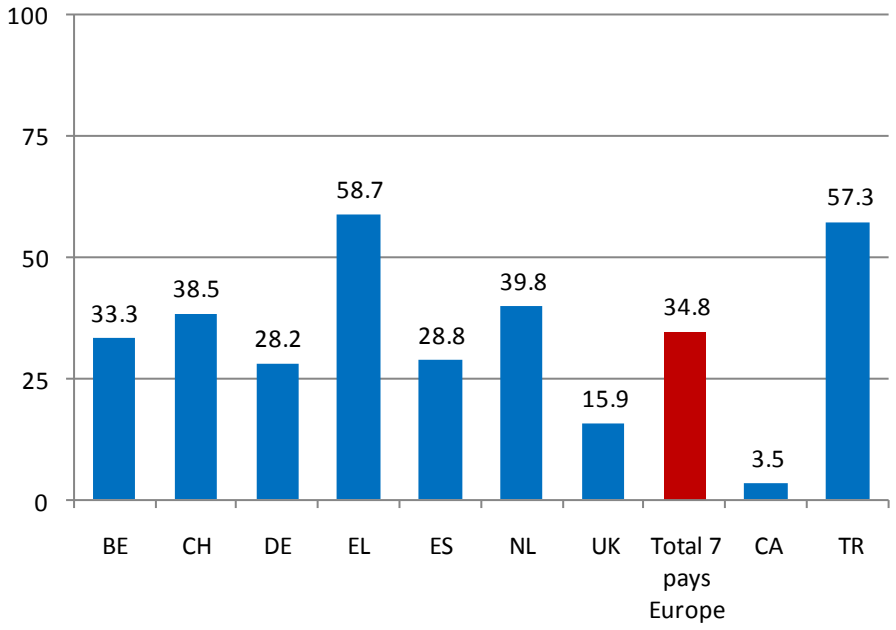
> Christian, 47 ans, belge, a vécu un an dans les rues de Bruxelles. Il est atteint d'un diabète de type I de forme sévère. « Comment je me suis soigné à la rue ? Je faisais mes pansements moi-même dans les toilettes pour handicapés car il y a de la place. Je pouvais

[65] La question n'a pas été posée en Grèce. Ici, 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.

[66] Taux de réponse respectifs = 40,7 % et 73,2 %.

> m'asseoir, enlever les pansements et en remettre des nouveaux, ou bien nettoyer le premier. Je le faisais sécher au séchoir à mains. Mon sucre était stable. Quand tu n'as rien à manger ou que tu manges moins qu'avant, ton sucre se porte bien. Ma glycémie était parfaite, rien à redire, et je faisais rien pour ça, pour une fois (rires). Pour la santé, MdM m'a écouté et m'a soutenu. Un jour, je suis allé à l'hôpital, j'ai fait un malaise à cause de mon diabète et de ma douleur aux pieds. J'avais déjà une dette de 250 euros. Quand j'y suis allé, on m'a mis dehors et j'ai marché, marché pour faire passer la douleur, toute la nuit. »
>
> MdM Belgique – Bruxelles – Janvier 2014

Figure 17. Proportion de patients vivant dans un logement qu'ils jugent néfaste pour leur santé ou celle de leurs enfants, par pays.



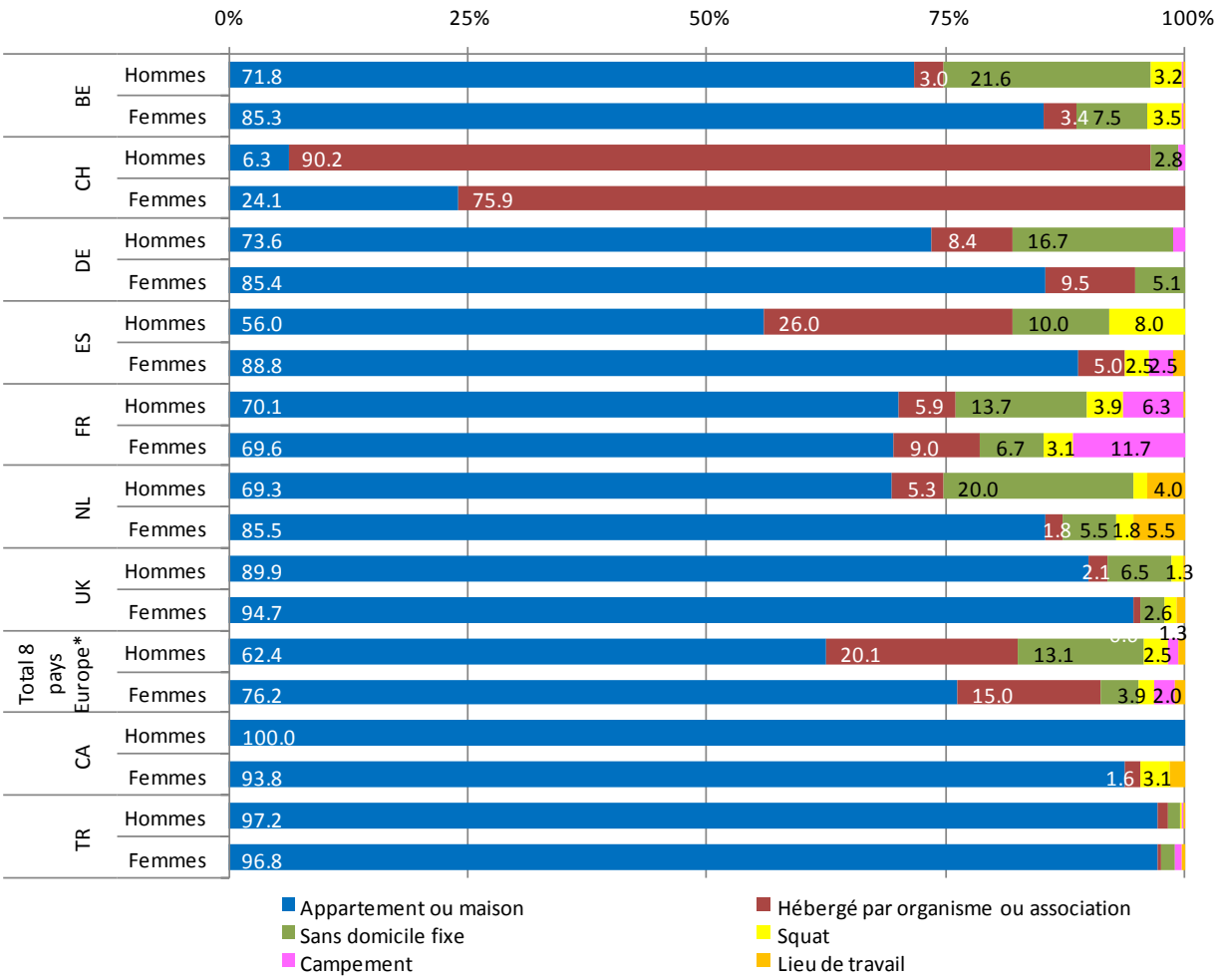
Un tiers (34,8 %) des personnes interrogées jugent que leur logement est néfaste pour leur santé ou celle de leurs enfants.

C'est à Munich et à Londres que les logements semblent les moins néfastes (les taux belges et grecs sont donnés pour information mais les taux de réponse sont particulièrement bas dans ces deux pays).

A Istanbul, cette proportion atteint 57,3 %[67]. A Montréal, la question n'a été posée qu'à 28,4 % des patients et seuls 3,5 % d'entre eux décrivent leur logement comme néfaste pour la santé.

[67] Taux de réponse = 72,9 %.

Figure 18. Type de logement par pays et par sexe.



Près des trois quarts des patients habitent un appartement ou une maison (qui ne constituent pas toujours pour autant un logement stable et qui peut également être surpeuplé) ; **11 % sont sans domicile fixe (20 % des hommes) et 7 % sont hébergés par un organisme ou une association (15 % des femmes)**, tandis que 5 % habitent un campement et 3 % un squat.

Ils sont 94,4 % à Montréal et 97,1 % à Istanbul à habiter un appartement ou une maison[68]. On ne compte que 1,2 % (n=9) de personnes sans domicile fixe à Istanbul.

Situation administrative

Une majorité (56,5 %) des personnes reçues dans les centres des huit pays européens n'ont pas d'autorisation de séjour : 48,6 % sont des citoyens extra-européens et 7,9 % sont des ressortissants de l'UE (présents depuis plus de trois mois, sans ressources officielles suffisantes et/ou couverture maladie valide) ; il s'agit principalement de Roumains, de Bulgares de Polonais et de Slovaques mais on compte aussi des Hollandais, Espagnols, Portugais, Italiens, etc.

[68] Taux de réponse respectifs = 43,6 % et 74,0 %.

Tableau 11. Statut administratif par pays.

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	NL	UK	Total	CA	TR
Sans autorisation de séjour	63,2	15,4	8,5	23,8	53,5	67,8	90,2	61,5	48,6	29,7	51,5
Ressortissant UE non autorisé à rester[1]	15,9	2,1	30,9	2,4	8,5	5,7	2,3	1,1	7,9	-	-
Total sans autorisation de séjour	*79,1*	*17,5*	*39,4*	*26,2*	*62,0*	*71,9*	*92,4*	*62,7*	*56,5*	*29,7*	*51,5*
N'a pas besoin de titre de séjour (ressortissants nationaux) [2]	1,8	0,9	12,4	47,1	3,1	5,1	0,8	0,5	8,8	3,3	1,9
Demandeur d'asile (demande ou recours en cours)	6,3	69,7	3,0	13,0	1,6	7,5	5,3	16,7	15,5	7,7	22,0
Titre de séjour valide	3,5	7,3	4,7	5,6	19,4	5,7	0,8	2,3	6,2	6,6	2,2
Ressortissant UE présent depuis moins de 3 mois (pas besoin de titre de séjour) [3]	2,3	1,3	20,1	2,8	1,6	2,5	0,0	0,7	3,9	1,1[4]	20,0[4]
Visa de tous types[4]	2,5	1,3	10,2	0,4	5,4	2,5	0,0	6,2	3,6	35,2	1,2
Ressortissant UE autorisé à rester[5]	1,8	0,9	6,5	4,3	6,2	1,1	0,0	1,8	2,8	-	-
Titre de séjour dans un autre pays européen	1,8	0,4	1,8	0,0	0,0	2,2	0,0	0,1	0,8	0,0	0,0
Situations spécifiques donnant un droit au séjour	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,7	13,2	0,7
Protection subsidiaire / humanitaire	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	1,1	0,1
Total avec autorisation de séjour	*20,1*	*81,6*	*60,4*	*73,2*	*37,2*	*28,1*	*6,8*	*33,1*	*42,5*	*67,0*	*28,1*
Ne sait pas	0,8	0,9	0,2	0,6	0,8	0,0	0,8	4,2	1,0	2,2	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,9	79,9
données manquantes	*6,5*	*1,3*	*5,4*	*86,5*[6]	*0,8*	*28,7*	*0,8*	*7,4*		*55,4*	*26,5*
nb répondants	*2227*	*234*	*492*	*463*	*129*	*6057*	*132*	*969*		*91*	*745*

[1] sans ressources suffisantes et/ou assurance maladie
[2] Les mineurs étrangers en France et en Grèce n'ont pas à détenir de carte de séjour et font donc partie de cette catégorie
[3] ou situation équivalente (immigrés récents)
[4] tourisme, court séjour, étudiant, travail
[5] ressources suffisantes et une assurance maladie valable
[6] le taux de données manquantes en Grèce est trop haut pour des analyses fines…

Cette proportion moyenne de personnes sans autorisation de séjour recouvre de grandes disparités d'un pays à l'autre. Ce sont en en Grèce (26,2 %[69]), en Suisse (17,5 %) et en Allemagne (39,4 %) qu'elles sont les moins nombreuses. En revanche, 92,4 % des patients reçus aux Pays-Bas[70], 79,1 % de ceux reçus en Belgique et 71,9 % de ceux reçus en France[71] sont dans cette situation.

[69] Le taux de données manquantes est particulièrement élevé en Grèce (86,5 %) !
[70] Aux Pays Bas, le programme est spécifiquement tourné vers les migrants sans papiers extra européens
[71] En Belgique et en France, l'accès au système de soins de droit commun reste très complexe pour les sans-papiers, qui peuvent toutefois bénéficier d'une couverture maladie personnelle, s'ils sont très pauvres, au travers de l'AME en France et de l'AMU en Belgique. Les personnes en situation régulière sont la plupart du temps directement réorientées avant les consultations sociales et médicales.

En Allemagne, 30,9 % des patients sont des ressortissants de l'UE non autorisés à rester faute de ressources suffisantes ou d'assurance maladie valable (contre 7,9 % en moyenne dans les autres pays), **20,1 % des patients sont des ressortissants de l'UE arrivés depuis moins de 3 mois** (contre moins de 3 % dans les autres pays) et 6,5 % des ressortissants européens autorisés à rester. C'est dans ce pays que les ressortissants européens (hors nationaux) sont de loin les plus nombreux.

En Espagne, 19,4 % des patients sont des ressortissants extra-européens avec un titre de séjour valide (contre moins de 7 % dans les autres pays), une conséquence du chômage de masse et des difficultés économiques du pays (qui ont touché en premier les immigrés).

En Suisse, la grande majorité des patients sont des demandeurs d'asile (69,7 %), contrairement aux autres pays (ils sont 16,7 % à Londres et moins de 10 % dans les autres pays). En effet, un des deux programmes est destiné aux requérants d'asile hébergés dans trois structures d'accueil du canton de Neuchâtel et compte pour 68 % du total des patients.

A Londres, 61,5 % des consultants sont étrangers sans autorisation de séjour et 16,7 % des demandeurs d'asile.

> Muenda, 35 ans, Ougandais, a fui au Kenya en 2005. Impliqué dans le soutien d'un parti politique d'opposition et craignant pour sa vie, il a demandé l'asile au Kenya, mais a été renvoyé en Ouganda puis mis en prison. Il a finalement réussi à s'échapper et à rejoindre le Royaume-Uni. En 2011, il est tombé malade. «J'avais eu un problème quand j'étais en prison en Ouganda, une prostatite chronique. Ici, je n'avais pas d'argent pour voir un médecin privé. Je suis donc allé à l'hôpital, j'allais mal, j'étais faible, j'arrivais à peine à marcher. Quand je suis arrivé, ils m'ont demandé le nom de mon généraliste... et m'ont dit qu'ils ne pouvaient pas m'aider : ils m'ont seulement donné du paracétamol. J'ai alors emprunté de l'argent à mon ami. Avec l'argent, j'ai vu un médecin privé, qui m'a renvoyé à l'hôpital pour un scanner de la prostate, du foie, des reins et de la vessie ainsi qu'un test sanguin. Le coût total des tests s'élevait à environ 454 euros mais je n'avais pas assez d'argent. J'ai demandé au médecin de supprimer un test. J'ai eu une infection et j'ai dû aller à l'hôpital. Puis le médecin privé m'a prescrit des médicaments que je n'ai pas pu payer. Vivre sans les médicaments, en sachant que j'avais une ordonnance qui me permettrait de me sentir mieux était comme un enfer vivant. En 2012, je suis allé à MdM. Je perdais du sang et j'avais maigri. Le médecin de MdM m'a donné une ordonnance et des médicaments gratuitement. Je me suis senti beaucoup mieux. J'ai pris le médicament pendant 21 jours. L'infection s'était propagée. MdM a mis un an à m'inscrire chez un médecin généraliste, après deux refus... Mon père et mon frère sont morts et je n'ai pas pu aller aux enterrements. Quand ils m'ont renvoyé des urgences, alors que j'allais si mal, c'était comme s'ils m'avaient dit, va-t'en et meurs".
>
> MdM Royaume-Uni - Londres - Septembre 2013

En Grèce, un quart des patients sont grecs[72].

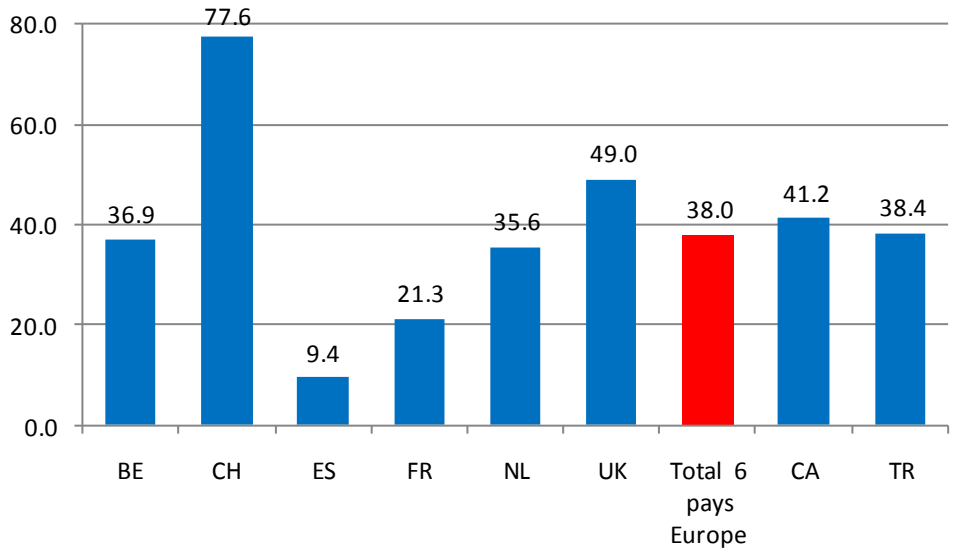
A Montréal, environ un tiers des patients ont un visa (la plupart du temps un visa étudiant), un tiers n'a pas d'autorisation de séjour et le dernier tiers regroupe de multiples situations de personnes avec une autorisation de séjour.

[72] Rappelons encore que seuls 13 % et 57 % des patients ont été enregistrés dans les deux polycliniques qui reçoivent le plus de Grecs, ce qui baisse considérablement le taux.

A Istanbul, la moitié des patients sont des personnes sans autorisation de séjour et on compte 20 % de demandeurs d'asile et 20 % de récents immigrés.

Au total, dans les six pays où la question a été posée avec une fréquence suffisante[73], **38,0 % des patients sont ou ont été concernés par une demande d'asile.** Ils sont, on l'a vu, particulièrement nombreux en Suisse (77,6 %) et représentent près d'un patient sur deux à Londres (49,0 %). Les programmes français sont moins concernés (21,3 %) et leur proportion est très faible en Espagne (9,4 %).

Figure 19. Proportions de patients concernés par une demande d'asile par pays.



Seuls une infime minorité des demandeurs d'asile ont obtenu le statut de réfugiés (entre 2,1 % et 4,1 % selon qu'on estime une proportion moyenne brute ou pondérée**) tandis que 4 sur 10 ont d'ores et déjà été déboutés (43,9 %** proportion moyenne brute calculée en excluant les personnes n'ayant pas encore déposé leurs demandes).

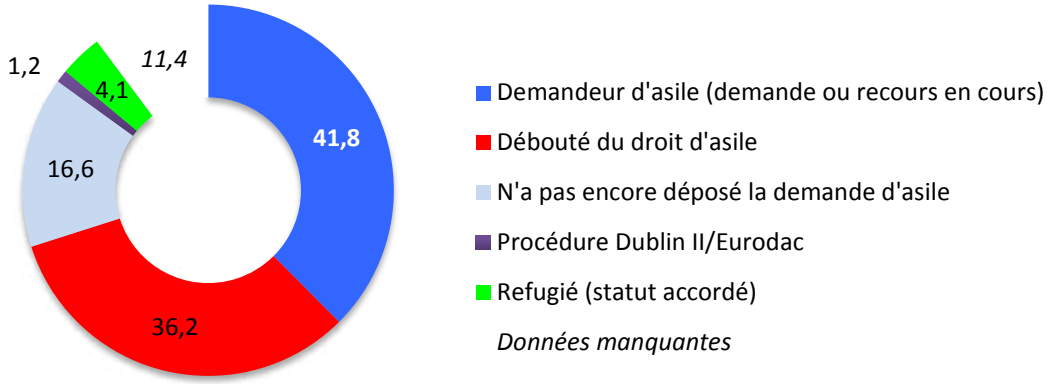
Cette proportion de déboutés est la plus élevée en Belgique (77,3 % parmi les 565 répondants), ainsi qu'aux Pays-Bas (31 sur 47 répondants) et en Espagne (6 sur 11 répondants). Ils sont respectivement 31,1 % en France, 26,0 % en Suisse, 24,2 % à Londres, ainsi que 23,8 % en Allemagne (5 sur 27 répondants) et 11,1 % en Grèce (6 sur 59 répondants).[74]

Enfin, les personnes concernées par le règlement Dublin II/Eurodac sont assez rares (entre 1 % et 2 % mais jusqu'à 4,3 % aux Pays-Bas, 3,4 % en France et 2,1 % en Belgique). C'est bien entendu en Grèce qu'ils devraient être les plus nombreux mais la question n'est pas renseignée avec une fréquence satisfaisante.

[73] Taux de réponse global = 55,3 % (respectivement BE=71,5 %, CH=96,2 %, ES=98,5 %, FR=66,1 %, NL=99,2 %, UK=55,3 %). Les taux de réponse en Allemagne (DE=14,0 %) et en Grèce (EL=4,6 %) empêchent une exploitation spécifique mais les données ont été comptées dans les totaux.

[74] Les taux de réponse à cette question (filtrée par la précédente) sont excellents (89 % en moyenne et jamais inférieurs à 84 %) mais ce sont les précédents qui doivent être pris en compte.

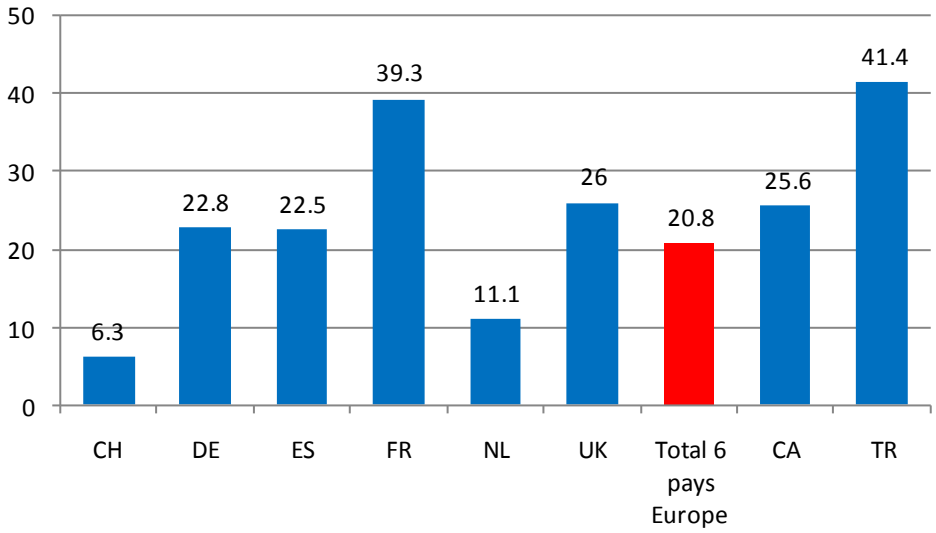
Figure 20. Situation des demandeurs d'asile (en début de suivi).



Activité et revenus

Une petite majorité de personnes rencontrées dans les centres européens de MdM sont sans autorisation de séjour et donc sans autorisation de travailler. **Il n'est donc pas étonnant que seuls 21 % des consultants indiquent exercer une activité pour gagner leur vie dans les 6 pays européens**[75].

Figure 21. Proportion de patients exerçant une activité par pays.

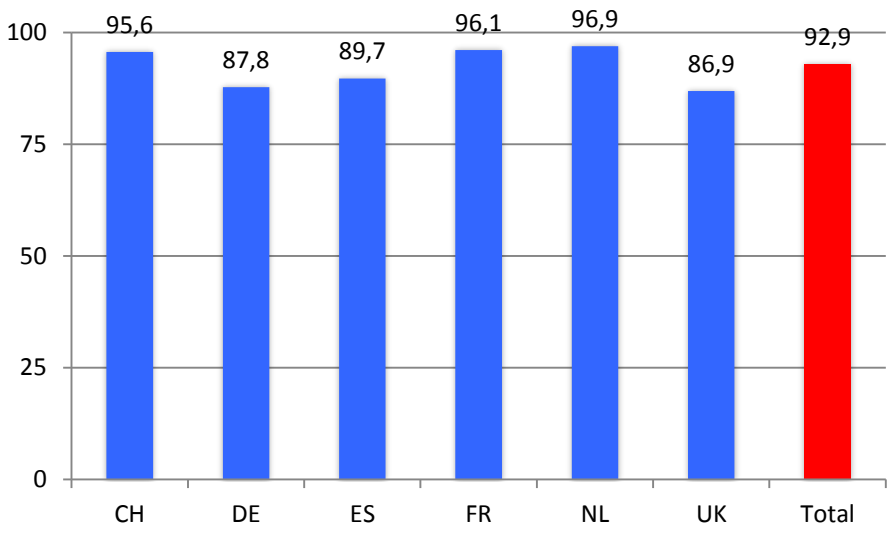


Cette proportion est deux fois plus élevée en France et deux fois plus faible (au moins) en Suisse et aux Pays Bas. A Montréal et à Istanbul, respectivement 25,6 % et 41,4 %.des patients déclarent une activité.

La quasi-totalité (93 %) des personnes interrogées dans les six pays européens vivent sous le seuil de pauvreté[76] (en moyenne sur les trois derniers mois, toutes sources de revenus confondues).

[75] Taux de réponse : respectivement CH=87,8 %, DE=93,5 %, ES=99,2 %, FR=71,3 %, NL=94,7 %, UK=96,0 %, CA=40,2%, TR=73,4%

Figure 22. Proportion de patients sous le seuil de pauvreté par pays.



Soutien moral

Lorsque la question du soutien moral a été posée[77], **15,6 % des patients vus dans les 6 pays européens répondent ne jamais pouvoir compter sur quelqu'un pour les soutenir moralement ou les réconforter en cas de besoin.** Un tiers (34,6 %) ne peuvent que parfois compter sur quelqu'un. **Au total une personne sur deux ne peut que rarement ou jamais compter sur de l'aide en cas de besoin.**

A Montréal, la question a été très peu renseignée (on compte 80,9 % de données manquantes).

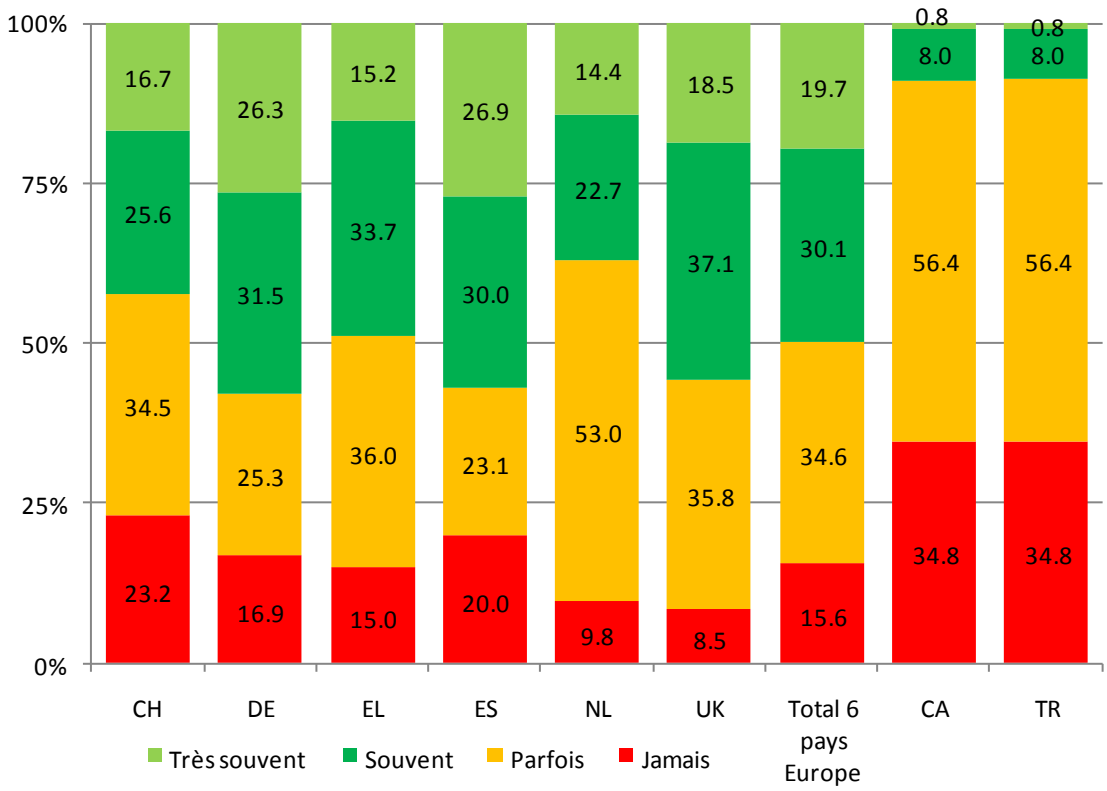
A Istanbul, 81,2 % des patients sont isolés[78] : 34,8 % ne peuvent jamais compter sur personne pour les soutenir moralement et 56,4 % parfois seulement.

[76] Nous ne calculons pas le nombre de personnes vivant avec les ressources financières de la personne interrogée : si nous le faisions, le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de pauvreté est encore beaucoup plus élevé, voire représente la quasi-totalité des patients reçus par MdM.

[77] La question n'a pas été posée en Belgique et en France. Le taux de réponse en Grèce est très faible : 14,3 %, de même qu'au Canada (19,1%). Dans les autres pays, les taux de réponse sont respectivement : CH=70,9%, DE=75,2%, ES=100,0%, N=99,2%, UK=86,0%, TR=72,7%.

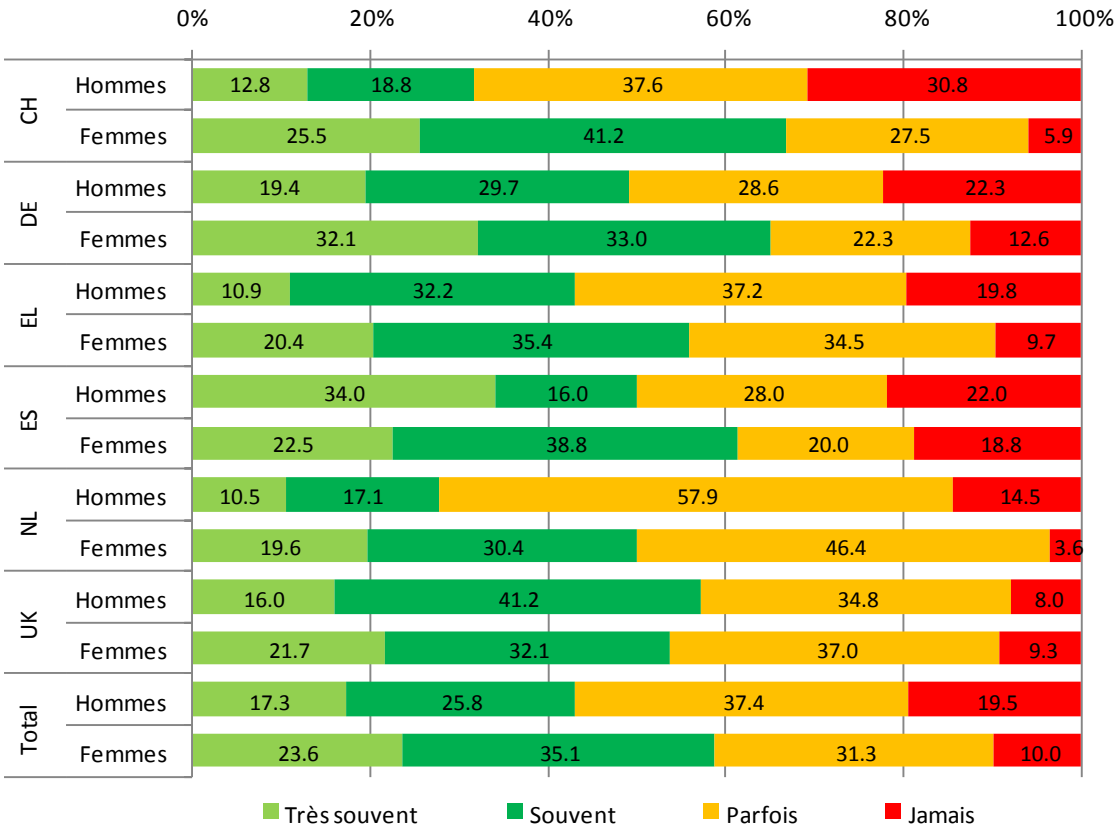
[78] Taux de réponse = 72,7 %

Figure 23. Distribution des fréquences de soutien émotionnel par pays.



Dans tous les pays européens (sauf à Londres), les hommes sont significativement plus isolés que les femmes. Globalement, 56,9 % des hommes n'ont que parfois voire jamais un tel soutien, contre 41,3 % des femmes ($p<10^{-6}$).

Figure 24. Soutien émotionnel par sexe.



Hélène, belge : « Pour m'en sortir, j'acceptais plusieurs petits boulots et il m'arrivait de travailler jusqu'à 15 heures par jour. Je m'endormais d'épuisement au travail. J'ai commencé à perdre mes forces… J'ai eu des gros problèmes de santé et j'ai dû petit à petit arrêter de travailler. J'ai dû gaspiller toutes mes économies pour survivre. J'étais tellement épuisée que je n'avais même plus les ressorts pour faire les démarches nécessaires… Heureusement j'ai rencontré quelqu'un qui m'a aidée à recréer un tissu social, administratif et médical. Cette personne m'a aidée à trouver l'aide à laquelle j'avais droit. Moi, je n'avais plus l'énergie de m'informer, de demander, le chômage, la mutuelle tout ça … »

MdM Belgique– Bruxelles – Janvier 2014

Les violences subies

De nombreuses études montrent l'utilité de dépister les antécédents de violence chez les populations migrantes, compte-tenu de leur fréquence[79] et l'importance de leurs conséquences pour la santé mentale et somatique des victimes, y compris à long terme, des années après l'épisode.

Les violences ne sont que rarement spontanément abordées par les patients en consultation et il n'y a pas toujours de signes évocateurs permettant de les suspecter. A l'inverse, l'acceptabilité par les patients d'un tel dépistage par l'interrogatoire systématique des expériences passées de violence a toujours été excellente dans toutes les études (à condition, bien entendu d'avoir et de prendre le temps nécessaire pour aborder ces questions), quels que soient leurs origines, leurs cultures ou leur milieu social (il en est de même pour le dépistage des violences conjugales[80]). Les patients comprennent, acceptent et sont très favorables à ce qu'on les interroge systématiquement sur ces sujets. Les obstacles à poser ces questions relèvent donc majoritairement des médecins et engagent leur responsabilité : réticences, manque d'information, manque de temps et méconnaissances médicales[81].

Dans un contexte où la stigmatisation de l'« étranger » constitue l'un des freins principaux à une meilleure prise en compte des exilés fuyant la torture et les violences politiques[82], mais aussi lorsque l'on connait les pays d'origine et les conditions des voyages migratoires, il relève plus que jamais de la responsabilité éthique des professionnels de santé de ne pas la passer sous silence.

Ne pas interroger ces antécédents, c'est donc prendre le risque de passer à côté de troubles psychologiques (dépression, syndromes post-traumatiques[83]) et c'est également prendre le risque d'errances ou d'erreurs diagnostiques devant des troubles somatiques inexpliqués[84]. C'est aussi la possibilité de passer à côté d'infections sexuellement transmissibles à la suite de violences sexuelles. Il s'agit donc d'une vraie perte de chances pour les patients et d'une question de bonnes pratiques (et de responsabilité) médicale. Citons également le cas des mutilations génitales féminines qui ne seront pas spontanément abordées par les patientes, ni repérées par les médecins généralistes, sauf focus spécifique ainsi que celui des violences familiales …

---

79 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.

80 Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002; 324: 271.
Chen PH, Rovi S, Washington J, et al. Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Ann Fam Med* 2007; 5: 430-5.
Garcia-Esteve L, Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz ML, Herreras Z, Valdés M. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Med Clin (Barc)* 2011; 137: 390-7
Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med* 2012; 156: 796-808.
Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, García-Moreno C. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet* 2014, in press (DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62243-6).

81 Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, Goslings JC. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health* 2012; 52: 587-605.

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

83 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.

84 Weinstein HM, Dnasky L, Lacopino V. Torture and war trauma survivors in primary care practice. *West J Med* 1996; 165: 112-8.

Pourtant, cette année comme les précédentes, **force est de constater que ces questions restent trop rarement abordées – et que les violences restent donc a fortiori extrêmement rarement dépistées – par les équipes des programmes de MdM** : moins de 15 % des patients ont été interrogés à ce sujet, à un moment ou à un autre de leur suivi.

Au contraire, puisque les migrants sont largement majoritaires dans les publics pris en charge dans les programmes européens de MdM, **le sens de l'action de MdM auprès de ces publics et des soins primaires de bonne qualité passent tous les deux par la prise en compte des violences auxquelles ils ont été confrontés**. On ne peut donc que recommander de sensibiliser et former les équipes à un tel dépistage et de construire systématiquement des filières pour adresser les victimes, éventuellement, vers une prise en charge spécialisée (mais cela n'est pas toujours nécessaire, la prise en charge peut très souvent relever de soins primaires courants).

Remarques méthodologiques

Le fait de poser ou non les questions sur les violences est au libre choix des équipes. Ce choix pragmatique limite évidemment fortement l'interprétation des analyses. Les fréquences rapportées ne sont en rien représentatives de la prévalence des violences chez les patients rencontrés. On ne peut pas exclure que certaines équipes (ou certains bénévoles dans les équipes) aient pu sélectionner les personnes interrogées. A l'inverse, des cas ont certainement échappé aux équipes, faute d'avoir interrogé.

L'autre limite importante de nos analyses découle directement du point précédent. Les taux de réponse sont très déséquilibrés entre pays et, de fait, *près de 80 % des patients ayant déclaré au moins un type de violence ont été interrogés en Grèce*, le pays où ces questions sont – et de très loin – les plus souvent posées du fait de la récurrence des violences xénophobes[85] (10 % en France, 4 % au Royaume-Uni, 3 % en Belgique, 2 % à Munich et en Suisse, moins de 1 % ailleurs). Les données sont si rares (notamment dès qu'on travaille par type de violences) qu'il n'est pas possible d'en donner les détails par pays, ni même raisonnable de pondérer les proportions moyennes.

Comme chaque année, tous les sujets sur les violences n'ont pas été abordés, ce qui est logique étant donné que nous recommandons de ne pas poser les questions une à une mais d'ouvrir une discussion sur les violences que chaque patient a pu vivre pour lui-même ou des proches, afin de faciliter la parole. Bien entendu, ce choix s'oppose à une approche systématique et fait courir le risque de passer à côté d'antécédents qui ne seront pas relatés spontanément. Heureusement, cela concerne finalement moins de 10 % des patients interrogés. La violence pour laquelle nous avons le plus de réponse est la première – « pays en guerre » (n=2 928) - qui est aussi la moins « difficile » pour le soignant et la personne. La moins souvent renseignée est la confiscation d'argent ou de papiers (n=2 743 individus). A partir du moment où les violences sont questionnées, les agressions sexuelles et les viols sont abordés aussi souvent chez les hommes que chez les femmes (dans près de 95 % des cas), ce qui représente un net progrès.

Cette année, un item « sujet non abordé lors de la consultation » a été ajouté à la fin du questionnaire violence. Le taux de remplissage est extrêmement faible et inexploitable. On suggère de remonter cette question au tout début du questionnaire violence : « si le sujet n'a pas été abordé ; cochez ici et passez au thème suivant ».

En 2013, 76,3 % des personnes interrogées dans les 8 pays d'Europe à ce sujet ont rapporté avoir vécu au moins une expérience de violence. En fait, la grande majorité des personnes interrogées sur les violences l'ont été en Grèce et – en conséquence - près de 80 % des cas rapportés proviennent de patients vus dans les programmes grecs.

Les immigrés du Proche et du Moyen-Orient sont très nettement surreprésentés parmi les victimes de violence : 72 % des victimes d'au moins une forme de violence viennent de cette région[86] contre 3,6 % de l'ensemble des patients venant des autres régions.

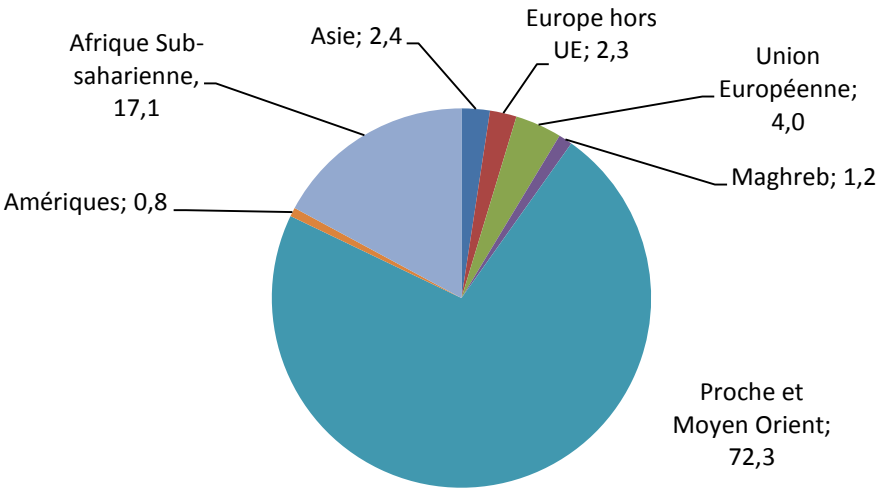
[85] Ainsi, en Grèce, 20 % des hommes ayant rapporté des violences physiques de la part des forces de l'ordre (représentant eux-mêmes 28 % des consultants interrogés à ce sujet) en rapporte depuis leur arrivée en Grèce.

[86] Il s'agit d'Afghans (65,5 %), de Syriens (29,9 %), d'Iraquiens (0,8 %), d'Iraniens (0,5 %), de Palestiniens (0,5 %), d'Egyptiens (0,1 %) et de Yéménites (0,1 %).

Ces violences concernent les deux sexes et tous les âges (les victimes ont en moyenne 27 ans au moment de l'enquête, avec des écarts allant de moins de 1 an à 86 ans). Il s'agit à 61 % de personnes sans autorisation de séjour (une proportion similaire à celle de la population totale des patients vus dans les huit pays d'Europe). Les **demandeurs d'asile sont** – comme on pouvait s'y attendre – **surreprésentés parmi** les victimes de violence (24,1 % versus 15,5 % dans la population totale, p<0.001).

> Aicha, une femme camerounaise de 35 ans sans-papiers, se présente à la permanence du Réseau Santé Migrations pour des problèmes dentaires, gynécologiques et des douleurs au niveau du ventre. Après deux semaines d'examens, elle apprend qu'elle est enceinte et séropositive. Le père de l'enfant ne veut plus d'elle, sa sœur la met à la porte, elle se retrouve donc sans logement et sans ressources. Nous l'accompagnons au Centre d'aide aux victimes d'infractions. Suite à de longues discussions, elle explique avoir été victime de la traite d'êtres humains et avoir été séquestrée dans une chambre durant quatre mois. Elle a pu s'enfuir grâce à l'aide d'un client. Dans l'urgence, elle est accueillie dans un foyer et décide d'entamer une démarche de dépôt de plainte pénale. Les services sociaux de la ville prennent alors en charge ses traitements et son hébergement. Elle a un suivi à l'hôpital pour sa grossesse et est mise sous traitement antirétroviral. Elle a également été orientée vers un psychiatre pour un soutien psychologique.
>
> MdM Suisse – Neuchâtel - Septembre 2013

Figure 25. Zone géographique d'origine des victimes de violence (dans les 8 pays d'Europe de l'enquête).



Les violences les plus fréquemment rapportées sont d'avoir vécu dans un pays en guerre (cité par 77,3 % des hommes interrogés et 42,4 % des femmes) **et la faim** (47,0 % des hommes et 26,8 % des femmes).

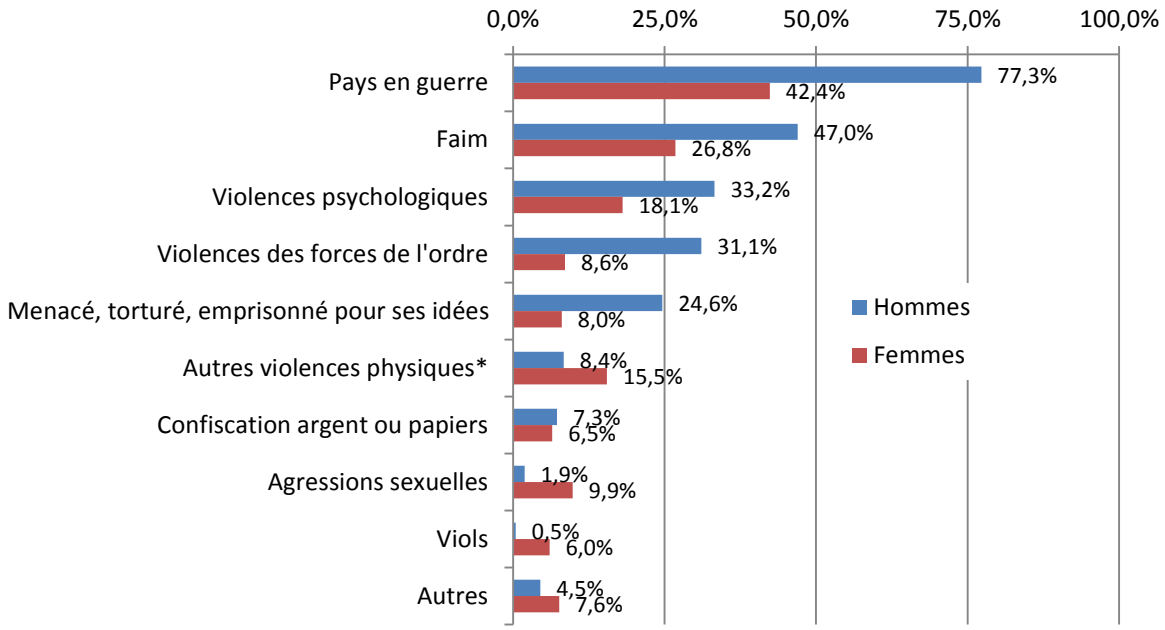
Entre un quart et un tiers des hommes interrogés rapportent des violences des forces de l'ordre, des violences psychologiques et/ou avoir été menacé, torturé ou emprisonné pour leurs idées.

Près d'une femme sur cinq rapporte des violences psychologiques.

Les agressions sexuelles sont rapportées par 10 % des femmes (contre 2 % des hommes) **et les viols par 6 % des femmes**. Les plus jeunes sont des enfants de 8 ans. **Un tiers des agressions sexuelles ou des viols concernent des hommes**. Les victimes (des deux sexes confondus) ne proviennent pas des mêmes zones géographiques que les victimes des violences en général. L'Afrique subsaharienne (38,5 %), le Proche et le Moyen-Orient (25,3 %) et l'Europe – extra ou intracommunautaire confondue –

(22 %) sont les trois principales zones géographiques de provenance des cas d'agressions sexuelles et de viols alors que le Proche et le Moyen-Orient concentrent à eux seuls 72 % des cas de violence en général.

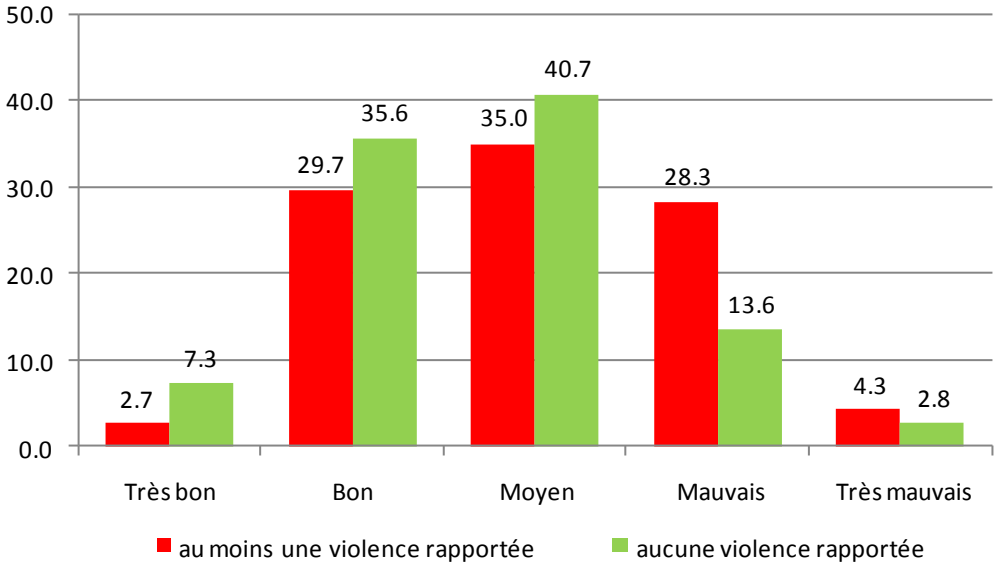
Figure 26. Fréquence des violences par sexe (chez les patients interrogés à ce sujet dans les 8 pays d'Europe de l'enquête).



*y compris intrafamiliales et conjugales

L'état de santé perçue des victimes de violence est significativement plus dégradé que celui des autres patients ($p<0.001$). Les premières sont en effet deux fois plus nombreuses que les secondes à rapporter un état de santé mauvais ou très mauvais (32,6 % contre 16,4 % respectivement).

Figure 27. Etat de santé perçu chez les victimes de violence comparé à celui des patients ne rapportant aucune violence (parmi la population interrogée à ce sujet dans les 8 pays d'Europe de l'enquête).



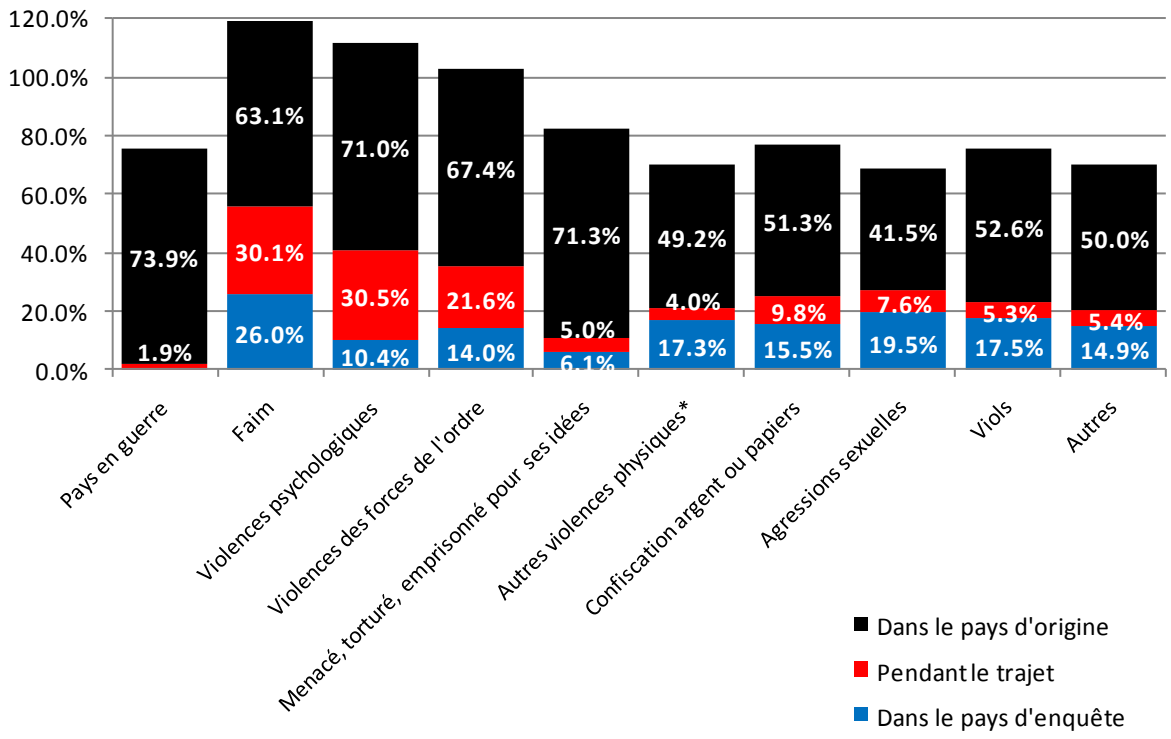
Les violences vécues ne sont pas exceptionnelles après l'arrivée dans le pays de l'enquête : **près de 20 % des expériences de viols, d'agressions sexuelles, d'autres agressions physiques ou de confiscation d'argent ou de papiers sont rapportées depuis l'arrivée dans le pays d'enquête.**

Un quart des personnes ayant souffert de la faim en ont souffert dans le pays hôte.

> Shaid est un immigré iranien qui a été attaqué sur la place Metaxourgiou à Athènes. « Je marchais dans la rue tout en parlant au téléphone, lorsque trois hommes habillés en noir m'ont attaqué. Ils m'ont battu. Puis, l'un d'eux m'a immobilisé par le cou avec son bras et m'a arraché l'oreille avec les dents. Je saignais, mon oreille est tombée. Je ne m'en suis pas rendu compte. Un ami m'a vu et est venu me relever. Il a trouvé mon oreille amputée et m'a emmené à l'hôpital. Ils ont tenté de recoller mon oreille, mais ça n'a pas marché, alors ils l'ont amputée. L'hôpital m'a fait sortir deux semaines plus tard. Je me suis rendu à Médecins du monde pour qu'ils m'aident à changer mes pansements. Je souhaite dire aux migrants qui quittent leur pays que c'est peut-être mieux chez eux. Je n'ai vu aucune civilisation en Europe. Aucune civilisation, aucun amour. »
> À la suite de l'incident et de son hospitalisation, la procédure de demande d'asile a été interrompue, car Shaid n'a pas pu se rendre à Patras où il était attendu pour un deuxième entretien. Malgré une assistance juridique, Shaid a été arrêté et a reçu un mandat de reconduite à la frontière sous 6 jours… MdM a depuis perdu contact avec lui[87].
>
> MdM Grèce - Athènes - 2013

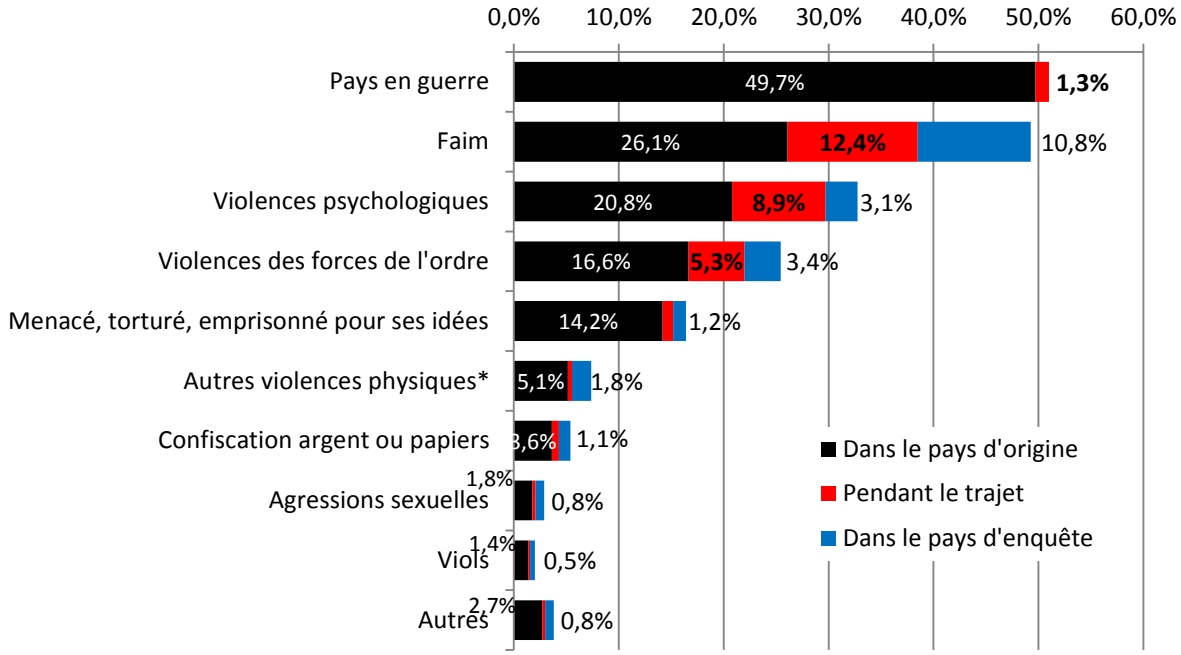
[87] Voir la vidéo sur : www.mdmeuroblog.wordpress.com

Figure 28. Proportion des expériences de violence rapportées aux différents moments de la migration (dans les 8 pays d'Europe de l'enquête).



Au total, dans le pays d'accueil, 11 % des personnes interrogées à ce sujet ont souffert de la faim, 3 % de violences des forces de l'ordre et 3 % de violences psychologiques.

Figure 29. Fréquence des violences aux différents moments de la migration (dans les 8 pays d'Europe de l'enquête).



Au Canada, les questions sur les violences n'ont pas été posées.

A Istanbul, les questions ont été systématiquement posées à tous les consultants ou presque (taux de réponse = 95,7% soit n=970 répondants). Au total, 15,7% des répondants ont vécu dans un pays en guerre, 9,2% ont été menacés, torturés ou emprisonnés pour leurs idées 9,2% ont été victimes de violences psychologiques, 8,3% ont été victimes de violences de la part des forces de l'ordre, 0,5% d'agressions sexuelles et 0,5% de viols, 3,5% d'autres violences physiques, 5,0% de confiscations de leur argent ou de leurs papiers et 7,1% ont souffert de la faim. A une ou deux exceptions près, aucune violence n'est rapportée depuis l'arrivée dans le pays.

L'accès aux soins

La couverture des dépenses de santé

Les deux tiers des patients (64,5 %) reçus dans les centres européens de MdM ne bénéficient d'aucune prise en charge des soins[88] au moment où ils s'adressent à nos programmes.

Tableau 12. Couverture des dépenses de santé par pays.

Variables	BE	CH	DE	EL	ES	FR	NL	UK	Total 8 pays	CA	TR
Aucune prise en charge/ doit tout payer	89,9	14,9	0,0	61,5	0,0	92,3	20,3	94,1	46,6	86,4	99,2
Accès seulement aux urgences	0,0	1,3	68,6	14,2	59,4	0,0	0,0	0,0	17,9	1,1	0,0
A une couverture maladie totale	5,2	72,4	3,8	18,1	25,0	3,8	3,1	1,3	16,6	12,5	0,0
A une couverture maladie partielle	0,4	9,6	4,0	6,0	4,7	2,8	76,6	0,1	13,0	0,0	0,1
Droits dans un autre pays européen	2,4	1,8	19,0	0,2	0,8	1,2	0,0	0,0	3,2	0,0	0,1
Accès soin par soin	2,1	0,0	4,6	0,0	10,2	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0
Accès gratuit médecine générale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	0,5	0,0	0,5
Accès payant soins 2ème ligne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,1	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
données manquantes	*10,2*	*3,8*	*13,1*	*86,0*	*1,5*	*30,2*	*3,8*	*11,2*	*36,2*	*56,9*	*26,9*

A Londres, la quasi-totalité des patients (94,1 %) n'ont aucune prise en charge de leurs soins quand ils s'adressent au programme de MdM : ils n'ont pas encore pu s'inscrire auprès d'un médecin généraliste, porte d'entrée du système de soins – et cela dans un contexte politique où les possibilités d'accès aux soins des immigrés sans autorisation de séjour sont de plus en plus remises en cause par le gouvernement actuel.

Cette proportion est particulièrement élevée en France (92,3 %) et en Belgique (89,9 %). Ce taux s'explique en partie par le fait que les centres de soins concernés (Nice, Saint Denis, Bruxelles et Anvers) reçoivent majoritairement des personnes ne disposant d'aucun droit et orientent celles ayant des droits ouverts vers les dispositifs de soins de droit commun. Dans ces deux pays, les droits des sans-papiers à l'accès aux soins sont en théorie relativement favorables mais les obstacles administratifs, le temps de traitement des dossiers et le renouvellement périodique des droits multiplient les situations et les périodes d'absence de couverture maladie effective.

En Grèce, où les nationaux sont pourtant les plus largement représentés parmi les patients reçus, **près des deux tiers (61,5 %) n'avaient (plus) aucune prise en charge de leurs soins**. Les étrangers sans autorisation de séjour n'ont effectivement droit à rien et les nationaux et personnes en situation

[88] Nous cumulons les personnes sans couverture maladie et celles qui ne peuvent aller qu'aux urgences.

régulière reçus par MdM ont perdu leur couverture maladie faute de cotiser par leur travail ou de pouvoir la payer.

En Suisse, 72,4 % des patients reçus ont une couverture maladie totale. On a vu qu'il s'agissait essentiellement de demandeurs d'asile qui, en cours de procédure ont droit à une assurance-maladie (mais les démarches peuvent être compliquées, dans un contexte plutôt restrictif). Les autres ne sont pas, ou plus, affiliés à une assurance.

En Allemagne, près des deux tiers des patients (68,6 %) n'ont accès qu'aux soins urgents et 19,0 % ont des droits ouverts dans un autre pays européen (en lien avec la fréquence des européens parmi les patients suivis, comme on l'a vu précédemment).

En Espagne[89], près de 60 % des patients reçus n'ont également accès qu'aux soins urgents.

Aux Pays-Bas, 76,6 % des patients reçus à Amsterdam et à La Haye ne peuvent pas avoir de couverture maladie en raison de leur situation irrégulière de séjour (mais le coût des soins peut être remboursé, au cas par cas, au prestataire de santé si le patient ne peut pas payer).

Au Canada et en Turquie, l'immense majorité des consultants n'ont aucune prise en charge de leurs dépenses de santé.

Les obstacles à l'accès aux soins

Parmi les patients interrogés, seuls 24,5 % ont déclaré n'avoir rencontré aucun obstacle dans l'accès aux soins. Cette proportion est plus faible encore si on met à part l'exception de la Suisse (où 84,8 % des patients ont déclaré n'avoir aucun obstacle dans l'accès aux soins[90]). En effet, dans les autres pays, **seuls 15,9 % des patients n'ont déclaré aucun obstacle dans l'accès aux soins**. Un autre quart (24,9 %) n'a pas cherché à accéder à des soins ; certains peuvent ne pas avoir besoin ou ne pas avoir de raison de demander des soins, mais d'autres ont sans doute tellement intégré les obstacles à l'accès aux soins de santé qu'ils y ont renoncé.

Les trois obstacles les plus fréquemment cités par les patients sont, comme indiqué dans nos précédentes études, les problèmes financiers (25,0 %) (qui regroupent les consultations, avances, traitements ou couverture santé trop chers)**, les problèmes administratifs (22,8 %)** (ce qui peut inclure une législation restrictive, des difficultés à rassembler les justificatifs nécessaires pour obtenir une forme quelconque de couverture maladie, mais aussi des dysfonctionnements administratifs) **et un manque de connaissance ou de compréhension du système de santé et de leurs droits (21,7 %).** Depuis les premières études de l'Observatoire du réseau international de MdM en 2006, rien ne semble avoir changé concernant ces problèmes : près d'un patient sur deux ne connait ni le système de santé ni ses droits et/ou est perdu face aux procédures administratives de son pays d'accueil. **Ces résultats contredisent clairement le mythe qui veut que les migrants viennent en Europe pour bénéficier des services de santé.**

> Adama, âgé de 31 ans, est originaire du Kenya. Il est sans-papiers. Il s'est rendu au centre de MdM pour voir un médecin car il avait des douleurs en dessous de la poitrine jusque dans son bras, et des nausées assez fréquentes. L'équipe de MdM l'a redirigé vers un

[89] Rappelons qu'en Espagne, depuis septembre 2012, entre 750 000 et 873 000 immigrés ont perdu leur couverture maladie (Legido-Quigley H, Urdaneta E, Gonzales A, et al. Erosion of Universal Health Coverage in Spain. *Lancet* 203; 382: 1977)

[90] Les demandeurs d'asile sont majoritaires dans les programmes suisses.

centre public de soins de santé. «Au centre de soins, j'ai montré à la réceptionniste les papiers que m'avait donnés MdM expliquant la nouvelle loi pour l'accès aux soins des sans-papiers. La réceptionniste m'a alors posé plusieurs questions : ce que je faisais en Suède, la raison de ma venue ici et ainsi de suite. J'avais l'impression d'être au bureau de l'immigration et c'était très désagréable. Enfin, elle m'a dit que je devais payer 200 euros pour voir un médecin. Ceci malgré le fait que je lui avais montré le papier à propos de la nouvelle loi. Je savais que cela devait coûter 6 euros. Puis je suis allé dans un autre centre de soins, et là j'ai payé 6 euros et on m'a donné un rendez-vous avec un médecin. Le médecin m'a prescrit deux médicaments. À la pharmacie j'ai dû payer 30 euros».

MdM Suède - Stockholm – 2013

Figure 30. Fréquence des obstacles à l'accès aux soins dans les 8 pays d'Europe.

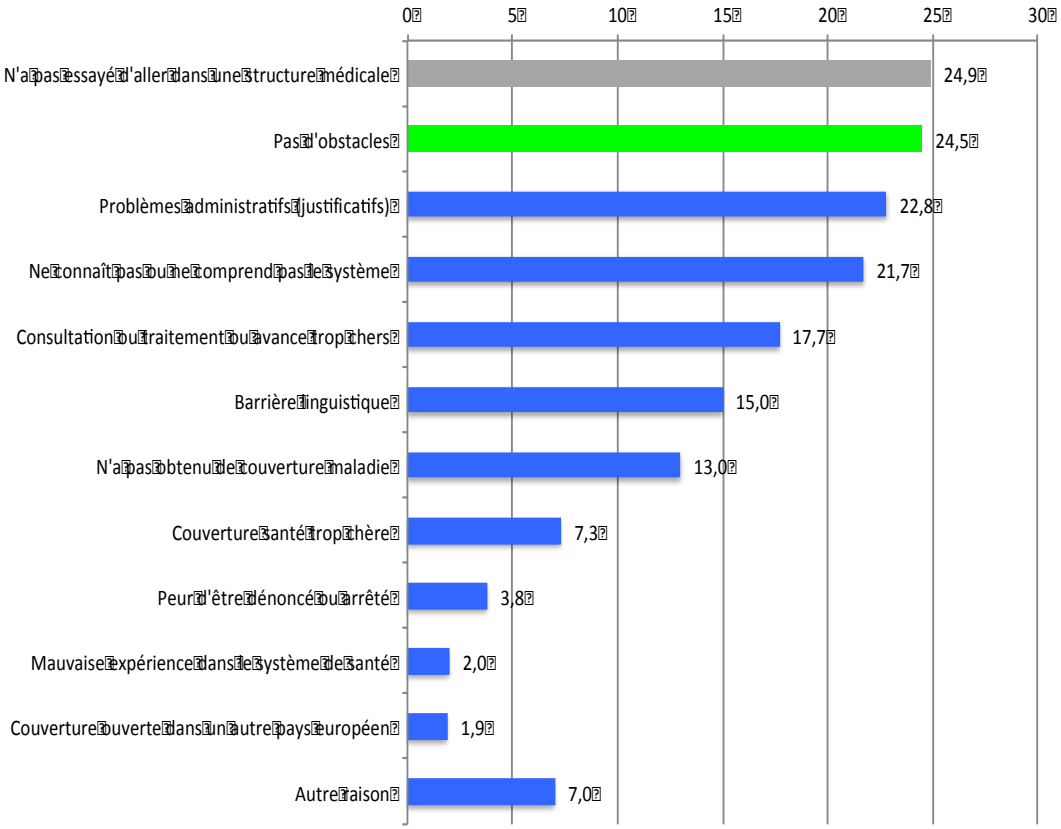


Tableau 13. Obstacles à l'accès aux soins par pays.

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	NL	UK	Total 8 pays Europe	CA	TR
N'a pas essayé d'aller dans une structure médicale	34,7	10,5	33,0	13,3	11,8	4,1	36,6	55,5	24,9	23,3	34,1
Pas d'obstacles	13,7	84,8	16,1	14,7	16,5	9,3	37,4	3,6	24,5	13,3	0,0
Problèmes administratifs	10,1	0,0	15,7	21,1	38,6	37,0	10,7	49,2	22,8	13,3	28,4
Ne connait pas ou ne comprend pas le système	23,5	0,0	35,7	6,3	15,7	36,5	7,6	48,5	21,7	6,7	19,4
Consultation ou traitement ou avance trop chers	24,5	3,1	52,6	26,4	17,3	6,6	9,2	1,6	17,7	30,0	53,7
Barrière linguistique	1,1	1,6	44,1	10,2	13,4	28,8	0,8	20,1	15,0	0,0	48,6
N'a pas obtenu de couverture maladie	13,0	0,0	5,0	7,4	47,2	15,7	2,3	13,6	13,0	16,7	8,6
Couverture santé trop chère	2,5	0,5	42,8	3,3	3,9	0,0	3,1	1,9	7,3	6,7	9,3
Peur d'être dénoncé ou arrêté	0,7	1,0	6,3	7,8	3,9	0,5	0,0	10,3	3,8	0,0	31,5
Mauvaise expérience dans le système de santé	1,4	0,5	3,3	4,9	2,4	1,7	0,8	1,0	2,0	3,3	9,8
Couverture maladie ouverte dans un autre pays européen	0,0	0,0	13,2	0,2	0,0	1,8	0,0	0,2	1,9	0,0	0,1
Autre raison	9,4	1,6	12,3	22,5	3,9	0,2	1,5	4,4	7,0	0,0	0,4
Total*	134,7	103,7	280,0	138,0	174,8	142,4	109,9	209,9	161,7	113,3	243,9
*Taux de réponse***	*11,6%*	*80,6%*	*92,1%*	*38,5%*	*97,7%*	*67,1%*	*98,5%*	*88,4%*	*53,4%*	*14,7%*	*73,3%*

*Les personnes peuvent citer plusieurs obstacles, ce qui explique que le total > 100 %
**Les taux de réponse sont particulièrement bas en Belgique et au Canada

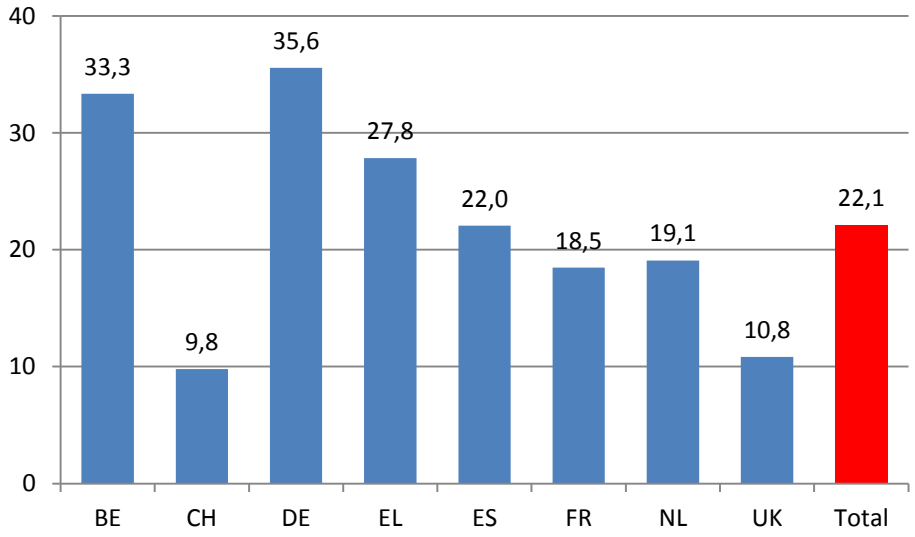
Le renoncement aux soins

Au cours des 12 derniers mois, un patient sur cinq (22,1 %) a renoncé à des soins ou à des traitements médicaux. Comme les années précédentes, c'est à Munich que cette proportion est la plus élevée (35,6 %).

La fréquence de renoncement a considérablement décru en Espagne (passant de 52,0 % en 2012 à 22,0 % cette année). En effet, juste après le début de l'application de la nouvelle loi/décret restreignant l'accès aux soins, beaucoup de migrants ont renoncé à aller dans les structures de santé. Puis, fin 2013, lorsque l'enquête a été conduite, certains migrants ont su que MdM pouvait les aider à accéder aux soins et ils sont venus dans nos programmes pour cette raison. Par ailleurs, il est possible que les patients démunis (ou sans autorisation de séjour) aient tellement intégré les restrictions apportées dans l'accès aux soins en 2012 qu'ils ne déclarent (et/ou ne ressentent) plus les obstacles dans l'accès aux soins comme un renoncement...

Les demandeurs d'asile en Suisse déclarent rarement avoir renoncé à des soins, ce qui est logique puisqu'une grande partie d'entre eux a une couverture santé et qu'ils ne déclarent que très rarement des obstacles à l'accès aux soins.

Figure 31. Taux de renoncement aux soins par pays.



Les chiffres belges et grecs sont donnés pour indication et doivent être interprétés avec la plus grande prudence (ils portent sur 204 individus et la question n'a été renseignée que dans 8,6 % des cas en Belgique, et sur 478 patients avec un taux de réponse de 27,8 % en Grèce[91]).

Le racisme dans les structures de santé

Les expériences de racisme subies dans les structures de santé restent heureusement rares : en moyenne (brute), **5,4 % des patients vus en Europe en ont connues au cours des 12 derniers mois**[92]. Les chiffres grecs portent sur une très faible partie des consultants (13,9 %), notamment parce que nombre d'entre eux sont des grecs auxquels la question n'a pas été posée mais aussi parce qu'à Mytilène (qui a le plus grand nombre de patients enregistrés dans la base de données des cinq centres grecs) les migrants viennent d'arriver et n'ont pas encore été en contact avec une structure de soins.

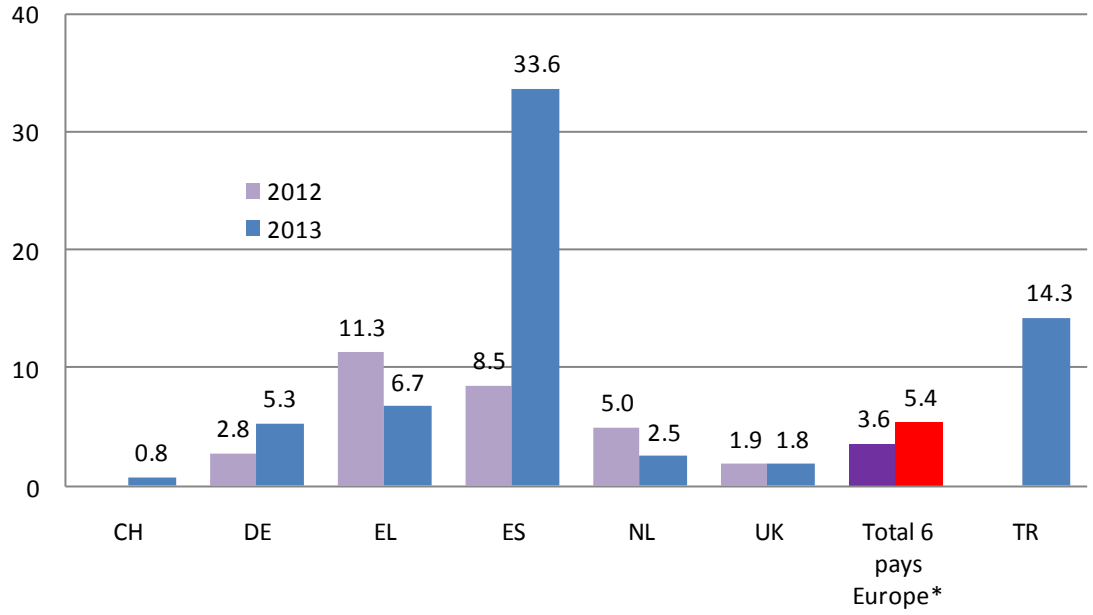
En revanche, de tels comportements sont très souvent rapportés en Espagne où leur nombre[93] **a quintuplé entre 2012 (6,3 %) et cette année (33,6 %, $p<10^{-3}$).** Nous assistons à une dégradation évidente de la perception des migrants en Espagne du fait des discours au plus haut niveau de l'Etat qui ont ciblé les migrants dans la réforme de santé en prétendant qu'il fallait limiter l'accès car les migrants coutaient trop cher au système de santé. Les migrants sont ainsi devenus les boucs émissaires de la crise, aussi en Espagne.

[91] Taux de réponse global = 45,2 % (respectivement BE=8,6 %, CH=64,6 %, DE=77,9 %, EL=13,9 %, ES=97,7 %, FR=58,1 %, NL=98,5 %, UK=86,4 %).

[92] La question n'a pas été posée en Belgique et en France.

[93] Même si les effectifs en Espagne sont très bas, en 2012 (103 patients) comme en 2013 (130 patients)

Figure 32. Proportion de patients ayant été victimes de racisme dans une structure de soins au cours des 12 derniers mois, par pays.



*moyenne brute non pondérée (CAP)

A Istanbul, 14,3% des patients déclarent avoir été victimes de racisme dans une structure de soins[94] (rappelons que 87,3% des patients vus dans ce pays sont des Africains Sub-sahariens). A Montréal, la question a été posée trop rarement (chez 11,3% des patients) pour être exploitable.

Les refus de soins

Le refus de soins se caractérise par tout comportement des professionnels de santé qui conduirait, directement ou indirectement, à une absence de soins ou de traitements adaptés à la situation du patient.

Les refus de soins (au cours des 12 derniers mois) concernent **16,8 % des patients reçus par MdM en Europe.**

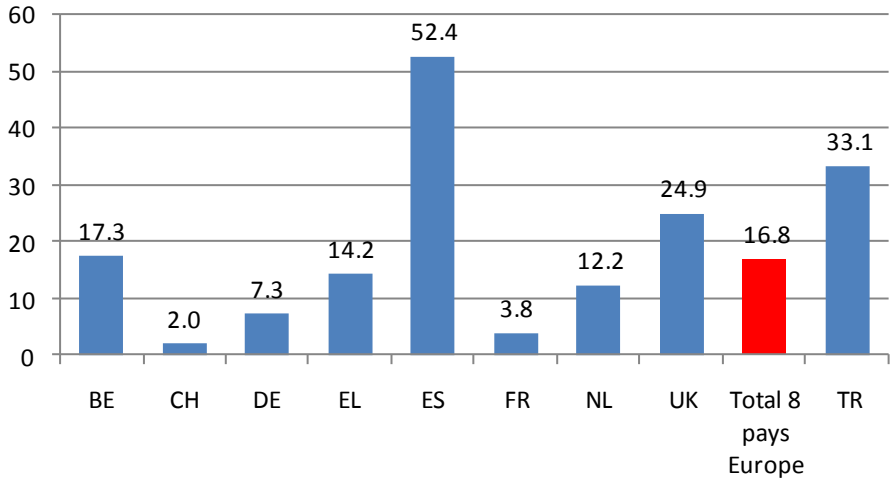
Comme en 2012, **c'est en Espagne que ces refus de soins sont rapportés le plus fréquemment**, par la moitié des patients (52,4 %). Les patients – qui s'attendaient à être pris en charge comme ils l'étaient avant les changements introduits par la nouvelle loi/décret – ont appris en se rendant dans les structures de santé qu'ils n'y avaient plus droit.

En seconde place vient Londres où un quart (24,9 %) des patients se sont vus opposer un refus de soins. Les chiffres belges, grecs et français sont à interpréter avec prudence, compte-tenu des faibles taux de réponse (respectivement 91,8%, 86,1% et 63,3% de données manquantes)[95].

[94] Taux de réponse = 69,6%

> Alpha Pam, sénégalais de 28 ans, vivait en Espagne depuis 8 ans. Il a essayé d'aller voir un médecin pendant 6 mois. Il a été rejeté à sept reprises d'un centre de santé et deux fois de l'hôpital. Lors de sa dernière et troisième tentative, il a même demandé à un ami de l'y emmener car il n'avait plus la force de marcher seul. Là, il est reçu 5 minutes, sans examen thoracique ni autre. On lui remet des médicaments qu'il prend sans voir d'amélioration. Il est mort 11 jours plus tard, chez lui, d'une tuberculose qui aurait pu et dû être dépistée et soignée dès le premier jour.
>
> MdM Espagne – Baléares – Avril 2013

Figure 33. Taux de refus de soins au cours des 12 derniers mois, par pays.



A Istanbul, ces refus de soins concernent un tiers (33,1%) des patients.

A Montréal, la question a été posée trop rarement pour être exploitable (87,3% de données manquantes).

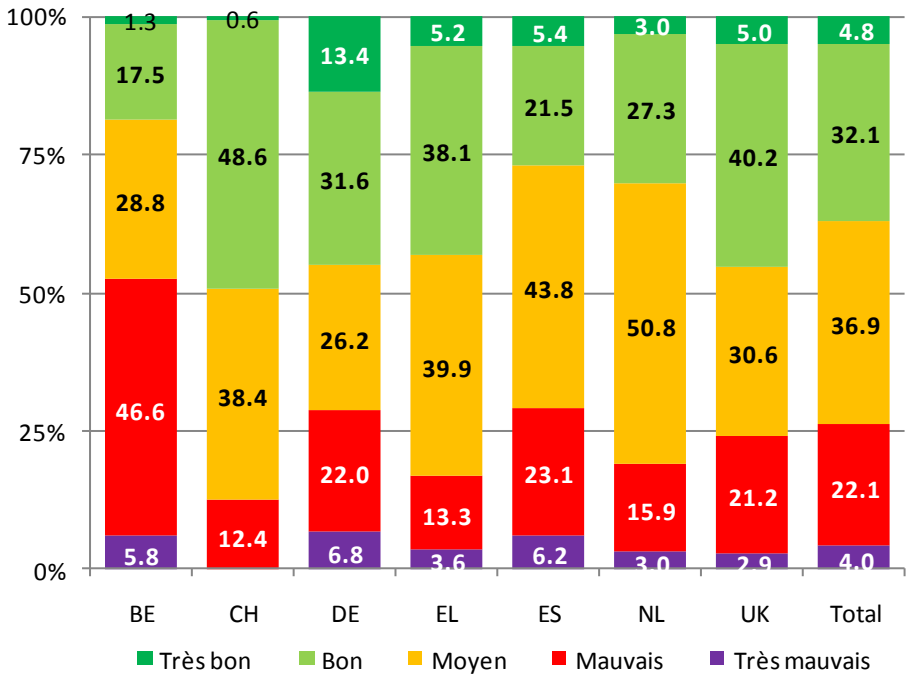
[95] Dans les autres pays, les taux de réponse sont respectivement : CH=62,9%, DE=71,5%, ES=95,4%, FR=36,7%, NL=98,4%, UK=87,3%, TR=69,7%.

Les états de santé

L'état de santé ressenti

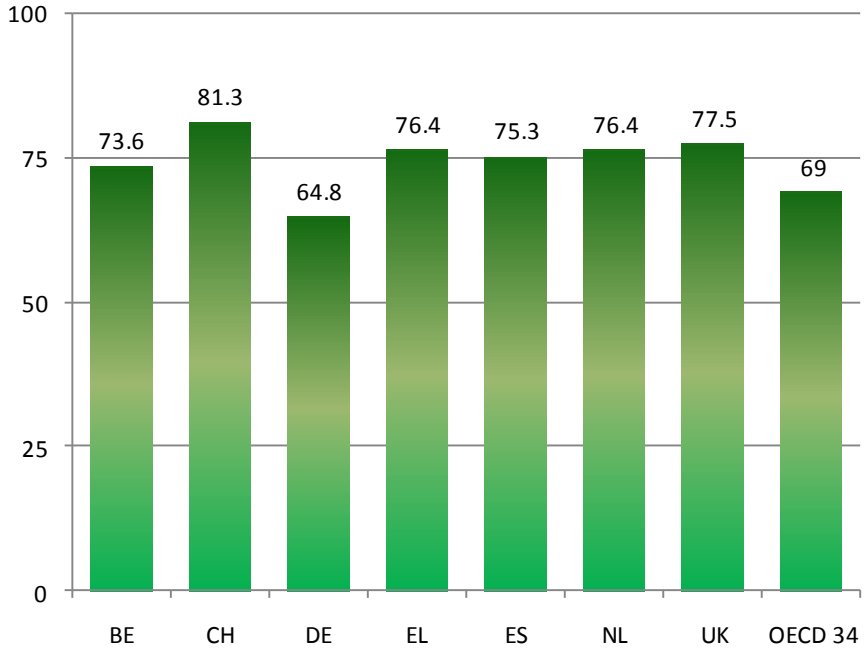
Près des deux tiers des patients (63,1 %) vus dans les programmes de MdM européens[96] ont un état de santé perçu dégradé : **un quart des patients se sentent en mauvaise ou très mauvaise santé**.

Figure 34. Etat de santé ressenti par pays.



[96] Dans les 8 pays européens de l'enquête. Voir plus bas pour Montréal et Istanbul.

Figure 35. Proportion des adultes de la population générale se déclarant en bonne ou très bonne santé par pays en 2011.



Source : EU Statistics on Income and Living Conditions survey ; OECD Health Data 2013.

Alors même que la population de patients étudiée est plus jeune (leur âge médian est de 32 ans) , leur état de santé est notoirement plus dégradée que celui de la population générale des huit pays d'Europe concernés[97]. Comparés à la seule population adulte de chacun de ces pays, **seuls 36,9 % des patients rencontrés - qui, pourtant, comptent des mineurs - se sentent en très bonne ou bonne santé quand c'est le cas de 65 % à 82 % des adultes de la population générale**[98] (en 2011)[99].

Dans six pays (Suisse, Allemagne, Grèce[100], Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni), les patients étaient interrogés successivement sur leur état de santé ressenti physique et psychologique. **Globalement, la santé psychologique des personnes apparaît plus dégradée encore que leur santé physique : au total, 27,6 % des patients déclarent une santé mentale mauvaise ou très mauvaise.**

Ce constat est particulièrement vrai en Espagne où ils sont 40 % dans ce cas (contre 23,9 % à déclarer une santé physique mauvaise ou très mauvaise). En Suisse également, 27 % des patients déclarent une santé psychologique mauvaise ou très mauvaise, contre 18,2 % qui déclarent une santé physique mauvaise ou très mauvaise.

---

97 En 2013, l'âge médian de la population est respectivement de 42,8 ans en Belgique, 41,8 ans en Suisse, 45,7 ans en Allemagne, 43,2 ans en Grèce, 41,3 ans en Espagne, 40,6 ans en France, 41,8 ans aux Pays-Bas et 40,3 ans au Royaume-Uni.

98 OECD. *Health at a Glance: Europe 2013*. Paris: OECD Publishing, 2013.

99 Il est possible que depuis 2011, l'état de santé perçu de la population générale se soit dégradé dans les pays les plus touchés par la crise mais certainement pas dans des proportions aussi importantes (entre 2010 et 2011, les variations n'ont pas dépassé 2 % dans les pays où elles étaient les plus fortes).

100 Les données grecques sont à interpréter avec prudence, étant donné le taux élevé de réponses manquantes (85 % aux deux questions détaillant santé physique et santé mentale).

Figure 36. Etat de santé physique ressenti par pays.

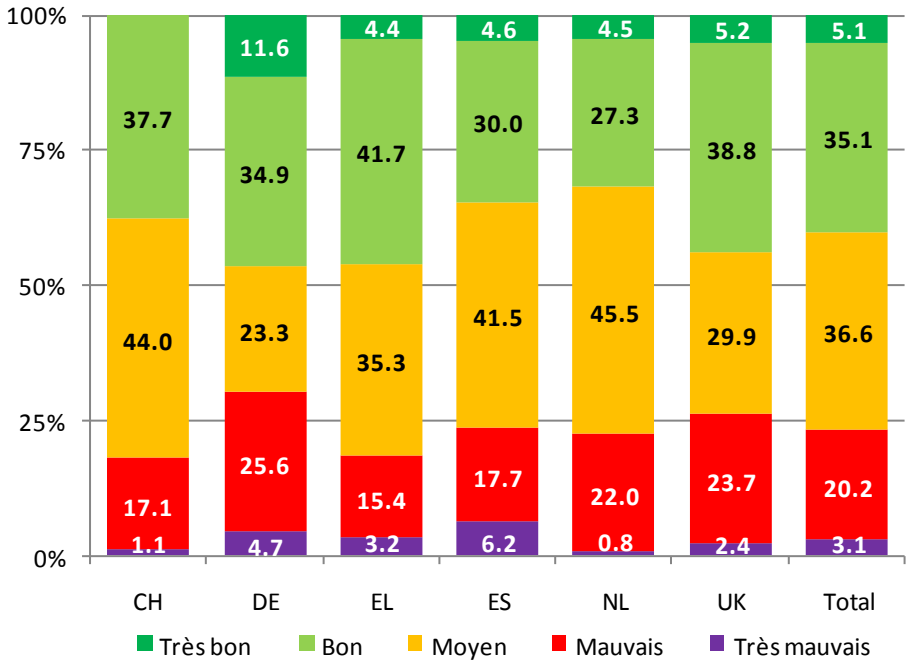
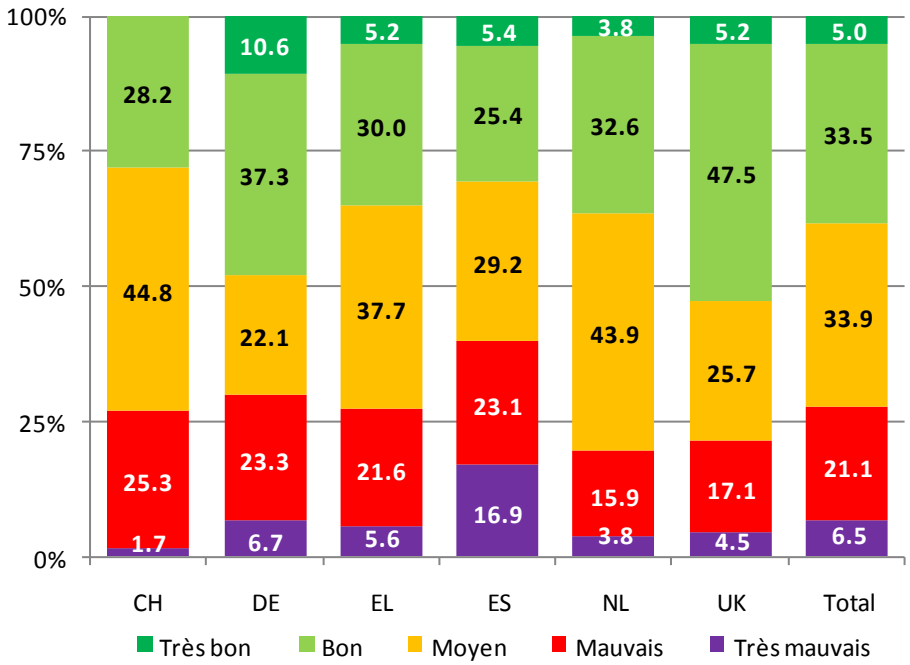


Figure 37. Etat de santé psychologique ressenti par pays.



Les taux de réponse concernant ces indicateurs de santé ressentie sont trop faibles (<15%) à Montréal pour être exploitable.

A Istanbul, leur distribution est particulière. Concernant la santé générale, 69,4% des patients s'y sentent en bonne santé (et 0,4% en très bonne santé), un quart perçoivent leur état de santé comme moyen et seuls 5,2% se sentent en mauvaise santé. En revanche, c'est dans cette ville que les écarts en

santé globale (ou physique) et santé mentale sont les plus importants : en effet, **dans le même temps, 43,5% des patients jugent leur état de santé psychologique comme mauvais** et 1,7% très mauvais.

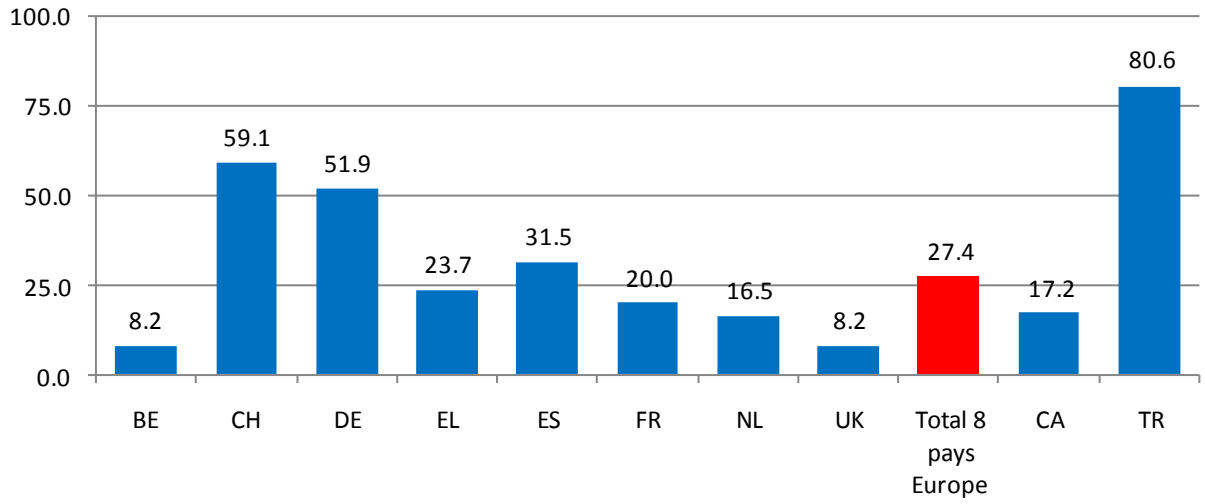
Maladies chroniques et maladies aigües

Les professionnels de santé[101] qui reçoivent les patients en consultation doivent indiquer, pour chaque problème de santé (et à chaque visite) si ce problème leur semble relever d'une maladie aigüe ou chronique, si un traitement (ou un suivi médical) leur semble nécessaire ou seulement accessoire, si ce problème était traité ou suivi avant de s'adresser à MdM et si, toujours d'après eux, ce problème aurait dû être traité plus tôt.

Près de 30 % des patients (27,4 %) vus en consultation par un médecin dans les centres européens ont été diagnostiqués avec au moins une maladie aigüe.

A Montréal et à Istanbul, respectivement 17,2 % et 80,6 % des patients vus en consultation ont au moins une maladie aigüe.

Figure 38. Proportion de patients ayant au moins une maladie aigüe, par pays.

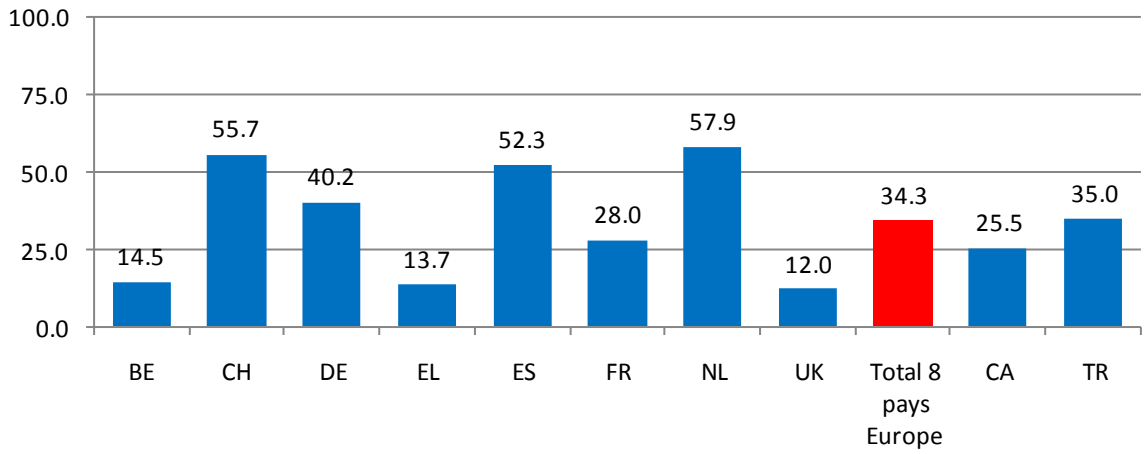


Un tiers des patients (34,3 %) vus en consultation par un médecin dans les centres européens ont été diagnostiqués avec au moins une maladie chronique. Cette proportion est notoirement (et significativement) plus élevée en Suisse, en Espagne et aux Pays-Bas où plus de la moitié des patients sont dans ce cas.

A Montréal et à Istanbul, respectivement 25,5 % et 35,0 % des patients vus en consultation ont au moins une maladie chronique.

[101] En Suisse, les consultations sont assurées par des infirmières, qui sont chargées de remplir les dossiers médicaux (diagnostics et traitements). Partout ailleurs, les consultations médicales sont assurées par des médecins.

Figure 39. Proportion de patients ayant au moins une maladie chronique, par pays.



Asya, une journaliste tchétchène âgée de 38 ans, arrive à Nice en décembre 2012 avec sa fille âgée de 7 ans. Elle dépose alors une demande d'asile. Elle vient consulter au CASO à la fin du mois de décembre. Elle informe le médecin qu'elle a été traitée pour un cancer du sein en 2008 et pour des métastases pulmonaires et osseuses en 2012. Elle se plaint d'une grande fatigue, d'un amaigrissement et d'une très forte toux persistante. Le médecin l'adresse au centre antituberculeux pour une radio pulmonaire. La radio montre des anomalies qui nécessitent en urgence l'avis d'un cancérologue.

Pendant ce temps, l'équipe de MdM prend contact avec la DDCS (service de l'état prenant en charge l'hébergement des demandeurs d'asile) et demande une solution de logement pour Asya et sa fille : elles obtiennent rapidement une place dans un Centre d'accueil de demandeurs d'asile.

A Nice, le centre anticancéreux est un établissement privé ayant une mission de service public. Un premier rendez-vous est pris très rapidement. Le diagnostic tombe : cancer à un stade avancé, avec de nombreuses métastases. Le médecin hospitalier préconise en urgence la mise en route d'une chimiothérapie. Or Asya n'a pas de couverture maladie. L'équipe de MdM constitue son dossier et demande à la Caisse primaire d'assurance maladie de le traiter en urgence. Un courrier est rédigé à l'attention du bureau des entrées de l'hôpital afin d'expliquer la situation de Asya.

Le premier rendez-vous pour la chimiothérapie est fixé au début du mois de janvier. Le bureau des entrées de l'hôpital demande un chèque de caution de 3 000 euros sans lequel elle ne sera pas acceptée. Informée de cette demande, l'équipe de MdM appelle les services administratifs du centre anticancéreux qui nous oppose le statut privé de l'établissement (omettant leur mission de service public). L'équipe de MdM a alors directement interpellé le médecin qui a prescrit la chimiothérapie et Asya a pu alors bénéficier de son traitement.

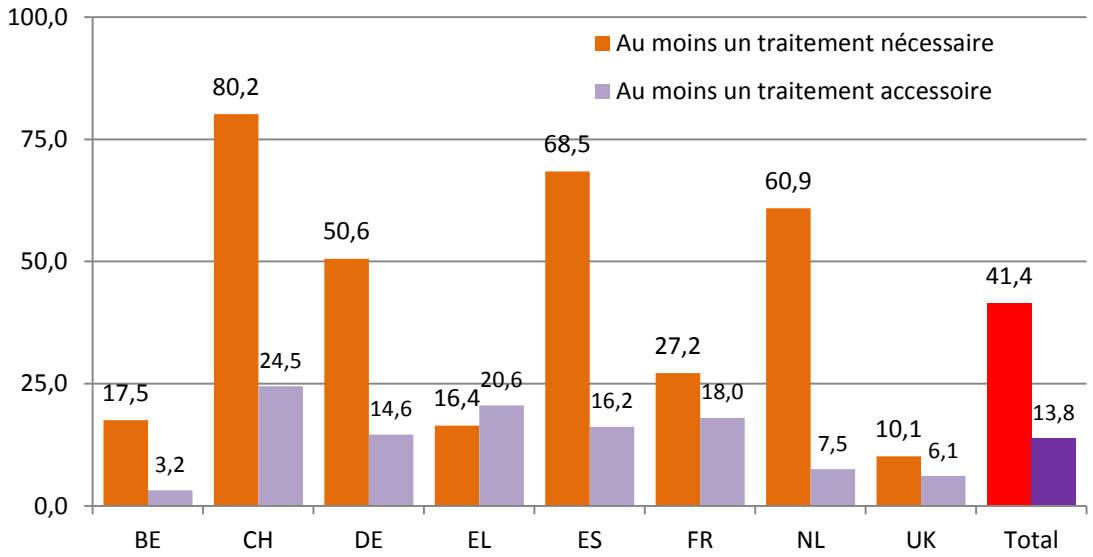
MdM France – Nice – Décembre 2012

Traitements

Au total, plus de la moitié (55,2 %) des patients rencontrés dans les centres européens ont besoin d'un traitement qu'il soit nécessaire ou accessoire[102]. Dans les 3/4 des cas, ce traitement est jugé nécessaire par les médecins, ce qui est une proportion très importante**.**

Cette proportion est significativement plus élevée en Suisse (80,2 % des patients ont besoin d'au moins un traitement), en Espagne (68,5 %) et aux Pays-Bas (60,9 %), ainsi qu'en Allemagne (50,6 %). A Montréal et à Istanbul, respectivement 27,0 % et 98,8 % des patients ont besoin d'au moins un traitement jugé nécessaire par les médecins (et 15,6 % et 16,2 % d'au moins un traitement jugé accessoire).

Figure 40. Proportion de patients avec au moins un traitement nécessaire ou au moins un traitement accessoire, par pays.



Des patients peu suivis avant d'arriver à MdM

Dans les huit pays européens de l'enquête, **29,1 % des patients avaient au moins un problème de santé qui n'avait jamais été suivi ou traité** avant d'arriver à MdM.

Cette proportion est significativement plus élevée en Suisse (57,0 %), en Espagne (43,9 %) et aux Pays-Bas (39,9 %), ainsi qu'en Allemagne (39,0 %).

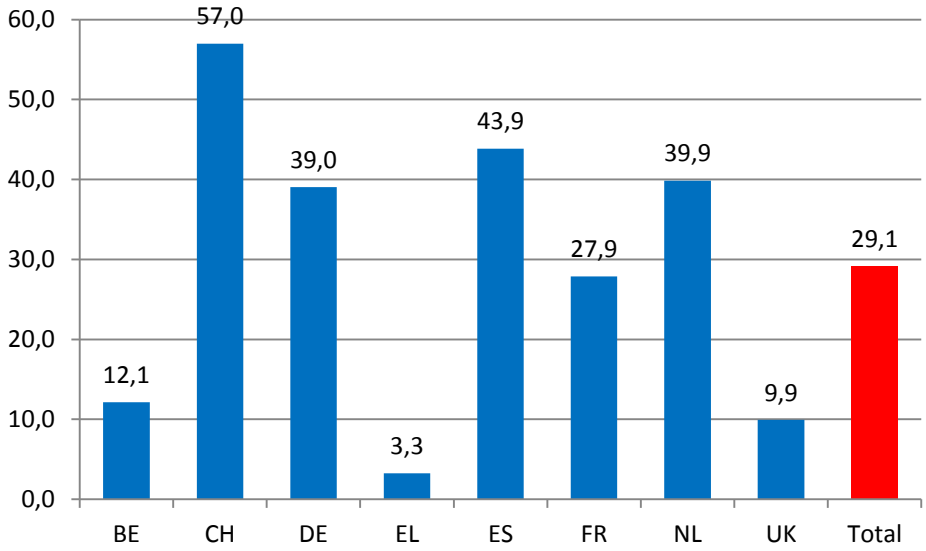
A Montréal et à Istanbul, respectivement 24,5 % et 95,8 % des patients avaient au moins un problème de santé qui n'avait jamais été suivi ou traité avant de consulter MdM.

En Grèce, cette proportion est singulièrement faible (3,3 %), indiquant la fréquence des ruptures de soins : des problèmes de santé, déjà repérés et soignés pendant un temps dans le passé, ne l'étaient

[102] Les traitements sont jugés nécessaires dans les cas où leur absence impliquerait une dégradation quasi-certaine de l'état de santé du patient ou constituerait une perte de chance significative ; ils sont jugés accessoires dans les autres cas. Il ne s'agit donc pas de traitements « inutiles » ni de simple «confort».

plus et nécessitaient un recours à MdM. Rappelons que la crise et les mesures d'austérité ont frappé le système de soins grec de façon importante (elles ont même surpassé les objectifs de réduction imposés par la Troïka en ce qui concerne les dépenses hospitalières et pharmaceutiques : les personnes les plus démunies sont évidemment les plus touchées[103]).

Figure 41. Proportion de patients avec un problème de santé jamais suivi ou jamais traité avant de consulter MdM pour la première fois, par pays.

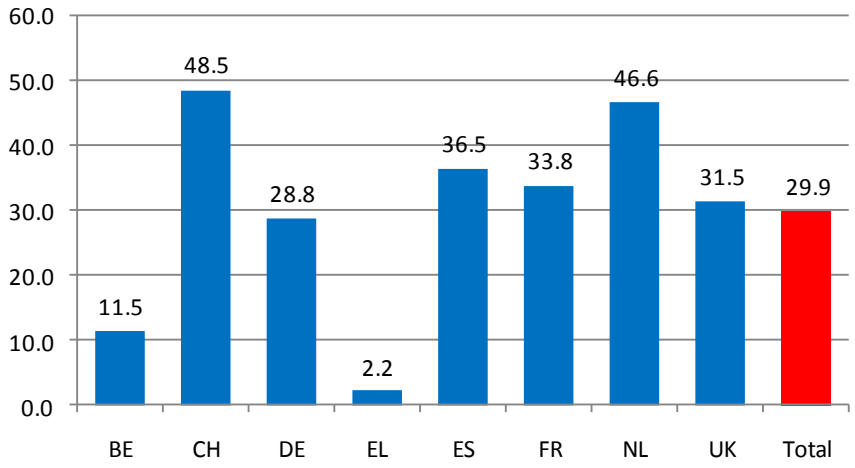


Si on s'intéresse à un autre indicateur - la proportion de patients nécessitant un traitement (selon le médecin qui les a reçus à MdM) et qui n'étaient pas suivis avant de s'adresser à MdM – on retrouve une prévalence à peu près similaire : **près de 30 % des patients sont dans ce cas et, pour eux, MdM constitue donc le premier recours aux soins pour un problème de santé qui nécessite un traitement.**

Cette prévalence est même supérieure en Suisse et aux Pays-Bas où elle dépasse 45 %. En Grèce, elle est, comme la précédente, singulièrement faible pour les raisons déjà avancées.

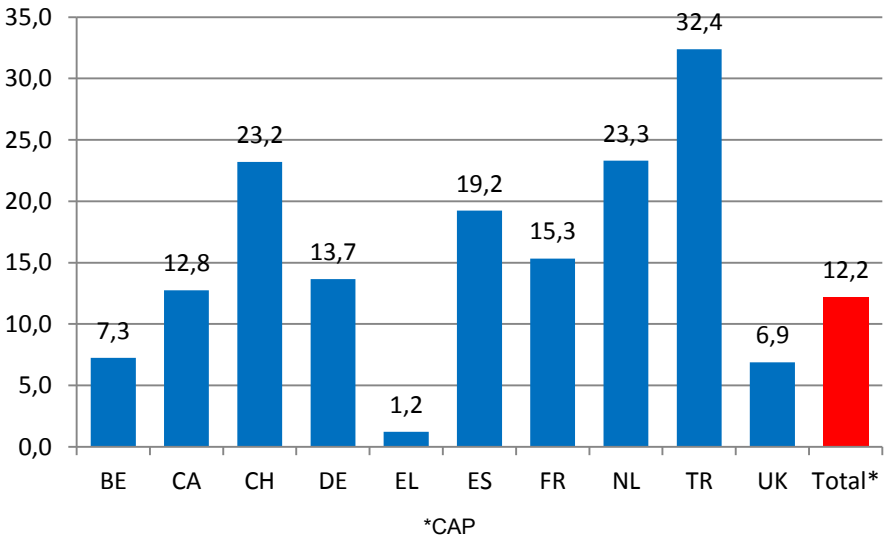
[103] Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet* 2014; 383: 748-53.

Figure 42. Proportion de patients nécessitant un traitement et non suivis avant de s'adresser à MdM.



Dans l'ensemble des 10 pays, **12,2 % de l'ensemble des patients vus dans nos centres ont au moins une maladie chronique non suivie avant d'arriver à MdM (cette proportion est de 13,8 % pour les pays européens)**.

Figure 43. Proportion de patients ayant au moins une maladie chronique non suivie avant de s'adresser à MdM.



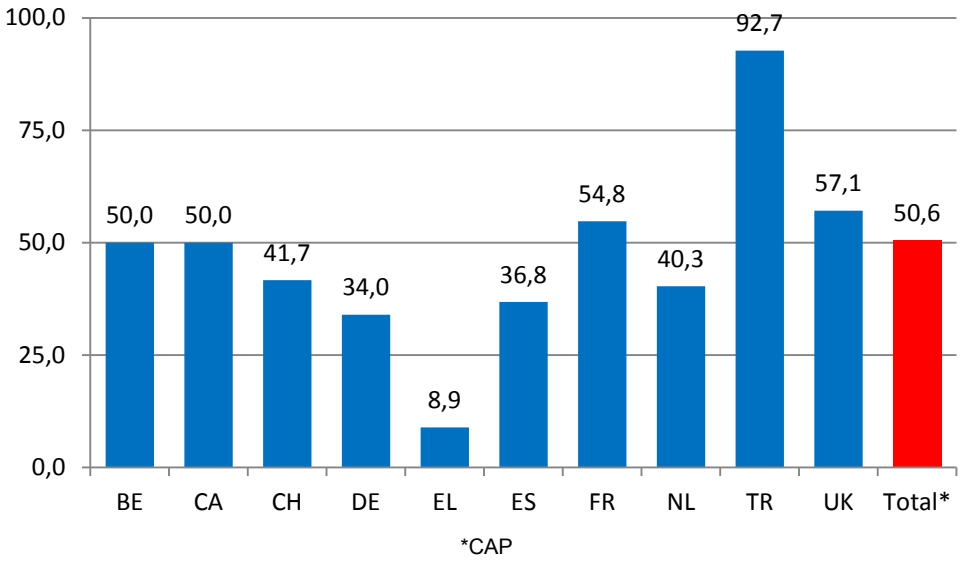
Cela concerne environ un tiers des patients vus en Turquie, un quart des patients vus en Suisse et aux Pays-Bas, un cinquième des patients vus en Espagne, et seulement 1,2 % de patients vus en Grèce (et également 32,4 % des patients vus à Istanbul et 12,8 % des patients vus à Montréal).

En d'autres termes, **la moitié des patients atteints de maladie(s) chronique(s) n'étaient pas suivis avant de s'adresser à MdM** (pour au moins une de leur(s) maladie(s) chronique(s)). Cette proportion s'élève à 40,5 % si l'on considère uniquement les patients vus dans les centres européens.

A part en Grèce où cette situation est rare (8,9 %), elle concerne au moins un tiers des patients avec une maladie chronique en Espagne et en Allemagne, une petite moitié des patients avec une maladie chronique en Suisse et aux Pays-Bas, la moitié ou plus en Belgique, à Montréal, en France et à Londres.

C'est également le cas de 50 % des patients à Montréal et de plus de neuf malades chroniques sur 10 à Istanbul.

Figure 44. Proportion de patients qui n'étaient pas suivis avant de s'adresser à MdM parmi les personnes souffrant de maladie chronique.



Des problèmes de santé peu connus avant la venue en Europe

Dans l'ensemble de la population immigrée enquêtée dans les 8 pays européens, 13,6 % des patients[104] (non nationaux) avaient au moins un problème de santé déjà connu avant de venir en Europe.

A Istanbul, où aucun système de couverture maladie n'existe et où les étrangers doivent payer le double du prix des Turcs, 20,1 % de la population immigrée avaient au moins un problème de santé déjà connu avant de venir en Turquie. A Montréal, cette proportion était de 7,8 %.

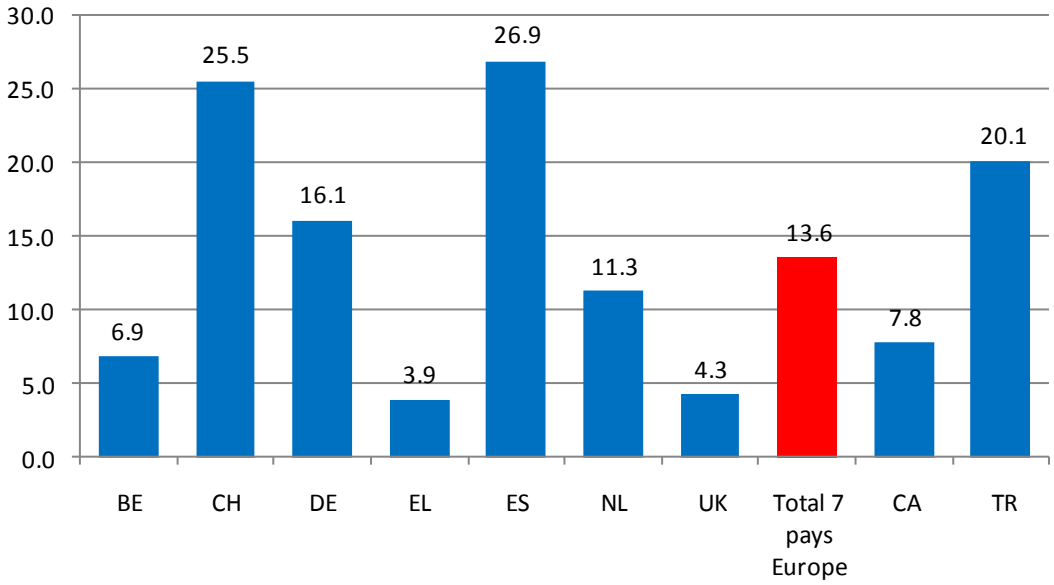
Pourtant, comme nous l'avons vu, parmi les raisons de la migration, la santé ne représente que 2,3 % des raisons citées en Europe et encore mois au Canada et en Turquie. **Cela rejoint le constat général, cité plus haut, de la rareté des « migrations pour soins » pourtant mises en avant par certains discours démagogues et populistes**.

Il n'y a que trois pays où cette proportion est notoirement plus élevée : en Suisse (où les demandeurs d'asile sont nombreux), en Espagne et en Turquie.

Parmi les rares personnes ayant déclaré avoir migré pour raisons de santé, 37,5 % (soit 18 personnes sur 38) avaient en effet, selon les médecins, un problème de santé abordé lors de leur consultation médicale qu'ils connaissaient avant de venir en Europe.

[104] Cette question n'est pas posée en France

Figure 45. Proportions de patients immigrés avec au moins un problème de santé connu avant la migration.

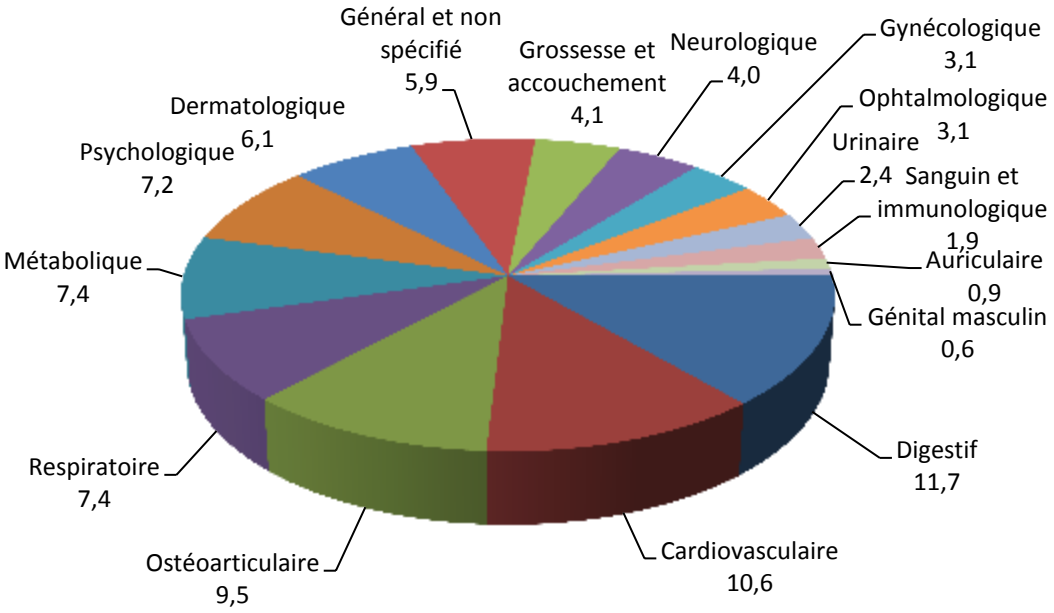


Les problèmes de santé par appareil

Comme chaque année (et comme c'est attendu en soins primaires), cinq appareils regroupent la majorité des problèmes de santé rencontrés. Dans l'ordre décroissant (et dans les huit pays européens), 11,7 % des 31 067 consultations médicales[105] concernent le système digestif, 10,6 % le système cardiovasculaire, 9,5 % le système ostéoarticulaire, 7,4 % le système respiratoire et 7,4 % le système métabolique et endocrinien.

[105] Dont 29 400 dans les huit pays européens (les proportions ne changent pas de plus de± 0,1 % si on considère ces huit pays ou les 10 pays au total).

Figure 46. Distribution des consultations médicales par type d'appareil concerné (dans les huit pays européens).



La suite des analyses détaillées des diagnostics a été effectuée sur l'ensemble des 23 697 diagnostics recueillis dans les 10 pays de l'enquête.

Au total, neuf problèmes de santé concernent la moitié des consultations médicales. Il s'agit de symptômes digestifs (8,6 %), hypertension artérielle (7,0 %), symptômes ostéoarticulaires sans précision (6,7 %), diabète (insulinodépendant ou non : 5,7 %), angoisse, stress ou troubles psychosomatiques (5,6 %), infections respiratoires supérieures (5,2 %), autres diagnostics digestifs (4,6 %), problèmes de rachis sans précision (3,9 %) et syndromes dorsolombaires (3,6 %). Ajoutés à ces neuf problèmes, les huit suivants concernent 75 % des consultants et les sept suivants 90 % des patients.

Si l'on regroupe les problèmes de santé par type de pathologie, **un trouble psychologique est retrouvé dans 10,4 % des consultations médicales**. Il s'agit surtout d'angoisse, de stress ou de troubles psychosomatiques (dans 5,6 % des consultations : 4,8 % chez les femmes et 6,1 % chez les hommes, $p<10^{-5}$) ou de syndromes dépressifs (2,8 % des consultations : 3,6 % chez les femmes et 2,3 % chez les hommes, $p<10^{-8}$).

Les troubles psychotiques sont beaucoup plus rares (0,7 %) ainsi que les troubles en relation avec l'utilisation de substances pyschoactives (0,4 %, toutes substances confondues, significativement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes).

Tableau 14. Fréquence des troubles psychologiques par sexe (en % des 17 022 consultations médicales).

	Femmes		Hommes		p	Total	
	n	%	n	%		n	%
Angoisse/stress/troubles somatiques	316	4,8	631	6,1	$<10^{-5}$	955	5,6
Autres problèmes psychologiques	57	0,9	98	0,9	NS	155	0,9
Psychose	47	0,7	65	0,6	NS	112	0,7
Syndrome dépressif	237	3,6	238	2,3	$<10^{-8}$	477	2,8
Utilisation de substances pyschoactives	13	0,2	52	0,5	0,003	65	0,4
Total	670	10,2	1084	10,5		1764	10,4

Les problèmes gynécologiques concernent au total 10 % des consultations médicales chez les femmes : grossesses et suites de couche non pathologiques (8,8 %) sont les motifs les plus fréquents, puis viennent d'autres problèmes gynécologiques sans précision (2,3 %), les infections sexuellement transmissibles (IST) (2,0 %), et enfin les grossesses et suites de couche pathologiques (0,8 %).

Les problèmes dermatologiques concernent 6,1 % des consultations.

Les hépatites virales concernent 1,5 % des consultations (1,9 % chez les hommes), l'infection par le VIH 0,4 % des consultations chez les femmes et 0,2 % chez les hommes, et la tuberculose 0,1 % des consultations.

Tableau 15. Diagnostics rapportés par ordre décroissant de fréquence (en % des 17 022 consultations médicales).

	Femmes			*Hommes*			*Total*		
	n	%	*% cumulé*	n	%	*% cumulé*	n	%	*% cumulé*
S/P* Syst. Digestif	546	8,3	8,3	917	8,8	8,8	1471	8,6	8,6
Hypertension artérielle	567	8,7	17,0	617	6,0	14,8	1191	7,0	15,6
Autres S/P* ostéoarticulaires	376	5,7	22,7	753	7,3	22,0	1134	6,7	22,3
Diabète (insulino et non insulinodépend.)	425	6,5	29,2	546	5,3	27,3	977	5,7	28,0
dont insulino-dépendant	*145*	*2,2*	-	*184*	*1,8*	-	*331*	*1,9*	-
dont non insulino-dépendant	*280*	*4,3*	-	*362*	*3,5*	-	*646*	*3,8*	-
Angoisse - Stress - Troubles somatiques	316	4,8	34,0	631	6,1	33,4	955	5,6	33,6
Infections respiratoires supérieures	313	4,8	38,8	576	5,6	38,9	893	5,2	38,9
Autres diagnostics Syst. Digestif	278	4,2	43,1	497	4,8	43,7	777	4,6	43,4
S/P* Rachis	218	3,3	46,4	439	4,2	48,0	662	3,9	47,3
Syndrome dorso-lombaire	208	3,2	49,6	405	3,9	51,9	617	3,6	**50,9**
Affections dents-gencives	174	2,7	52,2	427	4,1	56,0	604	3,5	54,5
Grossesse et couche non pathologique	574	8,8	61,0	-	-	56,0	580	3,4	57,9
Autres diagnostics locomoteurs	239	3,7	64,7	321	3,1	59,1	562	3,3	61,2
S/P* Neurologiques	188	2,9	67,5	285	2,7	61,8	480	2,8	64,0
Autres diagnostics Cardio-vasculaires	217	3,3	70,8	258	2,5	64,3	478	2,8	66,8
Syndrome dépressif	237	3,6	74,5	238	2,3	66,6	477	2,8	69,6
Infections respiratoires inférieures	160	2,4	76,9	303	2,9	69,5	465	2,7	72,4
S/P* Généraux	157	2,4	79,3	283	2,7	72,3	443	2,6	**75,0**
Traumatismes	93	1,4	80,7	338	3,3	75,5	433	2,5	77,5
Toux	132	2,0	82,7	268	2,6	78,1	402	2,4	79,9
Autres diagnostics Respiratoires	125	1,9	84,7	252	2,4	80,6	377	2,2	82,1
Autres Pathologies cutanées	82	1,3	85,9	269	2,6	83,2	351	2,1	84,1
S/P* Peau	73	1,1	87,0	266	2,6	85,7	341	2,0	86,1
Eruption cutanée / Tuméfactions	100	1,5	88,6	232	2,2	88,0	332	2,0	88,1
S/P* Syst. génital Femme	318	4,9	93,4	-	-	88,0	318	1,9	**90,0**
Parasitoses / Candidoses	60	0,9	94,3	253	2,4	90,4	317	1,9	91,8
Autres diagnostics Œil	113	1,7	96,1	194	1,9	92,3	309	1,8	93,6
Autres S/P* Respiratoires	130	2,0	98,0	169	1,6	93,9	302	1,8	95,4
Cardiopathies, Troubles du rythme	90	1,4	99,4	190	1,8	95,7	281	1,7	97,1
S/P* Œil	99	1,5	100,9	171	1,6	97,4	271	1,6	98,7
Autres diagnostics Métaboliques	170	2,6	103,5	93	0,9	98,3	265	1,6	100,2
S/P* Urinaires	98	1,5	105,0	162	1,6	99,8	262	1,5	101,8
Hépatite virale	63	1,0	106,0	193	1,9	101,7	257	1,5	103,3
Diagnostics NCA**	71	1,1	107,1	171	1,6	103,3	254	1,5	104,8
Infections cutanées	53	0,8	107,9	183	1,8	105,1	241	1,4	106,2
Trouble des règles	236	3,6	111,5	4	0,0	105,1	241	1,4	107,6
Pathologies vasculaires	81	1,2	112,7	152	1,5	106,6	235	1,4	109,0
Autres diagnostics Neurologiques	102	1,6	114,3	129	1,2	107,8	233	1,4	110,3
Administratif	82	1,3	115,5	139	1,3	109,2	222	1,3	111,6
Asthme	71	1,1	116,6	146	1,4	110,6	217	1,3	112,9
S/P* nez-sinus	78	1,2	117,8	119	1,1	111,7	198	1,2	114,1
Dermatites atopiques et contact	54	0,8	118,6	142	1,4	113,1	196	1,2	115,2
Infections urinaires / rénales	127	1,9	120,6	66	0,6	113,7	195	1,1	116,4
S/P* Syst. génital Homme	-	-	120,6	188	1,8	115,5	189	1,1	117,5
Infections de l'Œil	55	0,8	121,4	130	1,3	116,8	186	1,1	118,6
Traitements médicamenteux	71	1,1	122,5	106	1,0	117,8	178	1,0	119,6

Autres diagnostics gynéco	150	2,3	124,8	-	-	117,8	150	1,0	120,6
Infections Oreille	71	1,1	125,9	88	0,8	118,7	160	0,9	121,5
Autres problèmes Psychologiques	57	0,9	126,8	98	0,9	119,6	155	0,9	122,5
	Femmes			*Hommes*			*Total*		
	n	%	*% cumulé*	n	%	*% cumulé*	n	%	*% cumulé*
Excès pondéral - Obésité	83	1,3	128,0	47	0,5	120,1	140	0,8	123,3
S/P* Oreille	41	0,6	128,7	97	0,9	121,0	139	0,8	124,1
S/P* Cardio-vasculaires	61	0,9	129,6	77	0,7	121,7	138	0,8	124,9
Autres procédures	43	0,7	130,2	93	0,9	122,6	136	0,8	125,7
Peurs de / préoccupations	79	1,2	131,5	47	0,5	123,1	131	0,8	126,5
IST - Femmes	129	2,0	133,4	-	-	123,1	131	0,8	127,2
Vaccination / autres prévention	53	0,8	134,2	70	0,7	123,8	127	0,7	128,0
Epilepsie	44	0,7	134,9	74	0,7	124,5	123	0,7	128,7
Anémies	95	1,5	136,4	17	0,2	124,7	113	0,7	129,4
Infections gastro-intestinales	40	0,6	137,0	71	0,7	125,3	112	0,7	130,0
Psychose	47	0,7	137,7	65	0,6	126,0	112	0,7	130,7
Suivi	27	0,4	138,1	80	0,8	126,7	107	0,6	131,3
Contraception	104	1,6	139,7			126,7	106	0,6	131,9
Cancers	57	0,9	140,6	35	0,3	127,1	92	0,5	132,5
Résultats	30	0,5	141,0	53	0,5	127,6	83	0,5	133,0
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	24	0,4	141,4	52	0,5	128,1	78	0,5	133,4
Examens complémentaires	36	0,6	141,9	39	0,4	128,5	75	0,4	133,9
S/P* Grossesse, accouchement et PF	74	1,1	143,1	-	-	128,5	74	0,4	134,3
Autres diagnostics Syst.génital Homme	-	-	143,1	73	0,7	129,2	73	0,4	134,7
Soins dispensés	23	0,4	143,4	50	0,5	129,7	73	0,4	135,2
Lunettes-lentilles	36	0,6	144,0	34	0,3	130,0	71	0,4	135,6
Examen médical	31	0,5	144,4	36	0,3	130,3	68	0,4	136,0
IST - Hommes	-	-	144,4	65	0,6	131,0	65	0,4	136,4
Maladies Infectieuses NCA**	27	0,4	144,9	30	0,3	131,2	60	0,4	136,7
Autres diagnostics Oreille	26	0,4	145,2	32	0,3	131,6	59	0,3	137,1
Grossesse et couche pathologique	55	0,8	146,1	-	-	131,6	55	0,3	137,4
Avis/Counselling, écoute	28	0,4	146,5	25	0,2	131,8	53	0,3	137,7
S/P* Métaboliques	21	0,3	146,8	26	0,3	132,0	47	0,3	138,0
HIV	23	0,4	147,2	21	0,2	132,2	45	0,3	138,2
Pathologies ulcéreuses	13	0,2	147,4	23	0,2	132,5	37	0,2	138,4
Autres diagnostics Syst. Hémato/immuno	13	0,2	147,6	23	0,2	132,7	36	0,2	138,7
Utilisation de subst. psychoactives (alcool)	4	0,1	147,6	25	0,2	132,9	29	0,2	138,8
S/P* Syst. Hématop/immunol.	12	0,2	147,8	16	0,2	133,1	28	0,2	139,0
Utilisation de subst.psychoactives (tabac-médicaments)	5	0,1	147,9	14	0,1	133,2	19	0,1	139,1
Utilisation de subst. pyschoactives (drogues)	4	0,1	148,0	13	0,1	133,3	17	0,1	139,2
Tuberculose	6	0,1	148,1	5	0,0	133,4	11	0,1	139,3
TOTAL	9692	148,1	-	13835	133,4	-	23697	139,3	-

[1]du nombre total de consultations médicales
*S/P : sans précision
**NCA : non classé ailleurs

Les dépistages

Les questions sur les sérologies ont été très inégalement posées d'un pays à l'autre. L'ensemble ds résultats suivants ne concernent que les 8 pays européens. A Montréal, le taux de données manquantes dépasse 95% à l'ensemble de ces questions. A Istanbul, moins de 8% des patients ont déjà été testés pour le VHC ou le VHB et seulement 20% ont déjà eu un test VIH[106] (alors même que l'immense majorité d'entre eux sont originaires d'Afrique Subsaharienne).

Hépatite C

Dans les figures ci-dessous, les résultats pour la Belgique et pour le Royaume-Uni ne sont donnés qu'à titre indicatif puisque la connaissance du statut sérologique n'a été interrogée que chez, respectivement, 21,5 % et 12,4 % des patients[107]. La question a été posée à 87,3 % des patients en Suisse, 100 % en Allemagne et 90,1 % en Grèce. En France, la connaissance du statut n'est pas interrogée, mais directement le statut lui-même (et les résultats portent sur un tiers des patients). La seconde question (portant sur le résultat de la sérologie) n'a pas non plus toujours été posée.

Remarques méthodologiques

Ces écarts de prévalence estimée selon le dénominateur utilisé montrent bien l'importance de poser systématiquement ces questions, puisque les estimations varient du simple au double selon que les personnes sont, ou non, toutes interrogées. Il est impossible, en effet, de préjuger du statut sérologique d'un patient et il est également impossible de faire l'hypothèse que la séroprévalence du VHC est la même chez les personnes interrogées et chez celles qui ne le sont pas.

Le second écart (entre 2,4 % et 6,9 %) n'est, lui, pas maitrisable - il dépend des connaissances des patients et de leur mémoire – et constitue un biais habituel de mémoire ou de déclaration (mais on voit aussi à quel point ce biais est plutôt en faveur d'un dépistage systématique chez les personnes de statut inconnu, d'un point de vue médical, individuel comme collectif, et de santé publique).

Pour ces deux raisons, les chiffres donnés ici ne peuvent en aucun cas s'interpréter comme des estimations de la séroprévalence du VHC dans l'ensemble de la population des patients reçus à MdM. Tout au plus peut-on conclure que cette séroprévalence est comprise entre… 0,6 % et 6,9 %, ce qui représente un pourcentage non négligeable par rapport à la population générale !

Rappelons qu'en Europe, la séroprévalence moyenne du VHC est de l'ordre de 1 %, avec de fortes variations d'un pays à l'autre. Entre 0,1 % aux Pays-Bas et 4,5 % en Roumanie, elle est d'environ 1 % à 2 % en Espagne, 1 % en Belgique et en Grèce, entre 0,5 % et 1 % en Suisse, 0,8 % en France, entre 0,4 % et 0,7 % en Allemagne et au Royaume-Uni[108]. Chez les usagers de drogues, elle atteignait 50 % en Belgique en 2005, 60 % en France en 2004, 40 % au Royaume Uni en 2008[109]. La voie de transmission prédominante du VHC reste l'usage de drogues intraveineuses (78,1 % des cas de nouvelles infections au VHC dans l'Union Européenne en 2011)[110].

Au total, **0,6 % de l'ensemble des patients sont détectés positifs au VHC.** Si on rapporte le nombre de détectés positifs uniquement à ceux chez qui les deux questions ont été posées (en excluant, donc, les données manquantes correspondant aux personnes non interrogées), on obtient un taux supérieur : **2,4 % des personnes interrogées sont détectées positives.** Si on restreint encore le dénominateur aux

[106] 2,6% des testés y sont séropositifs pour le VIH.

[107] Pour Londres, cela s'explique par la fermeture pendant cinq mois des consultations médicales (du 14/05 au 21/10/2013).

[108] Mühlberger N, Schwarzer R, Lettmeier B, Sroczynski G, Zeuzem S, Siebert U. HCV-related burden of disease in Europe: a systematic assessment of incidence, prevalence, morbidity, and mortality. *BMC Public Health* 2009; 9: 34.

[109] Hendrickx G, Vorsters A, Van Damne P. *Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe*. Stockholm: ECDC (Technical Report), 2010.

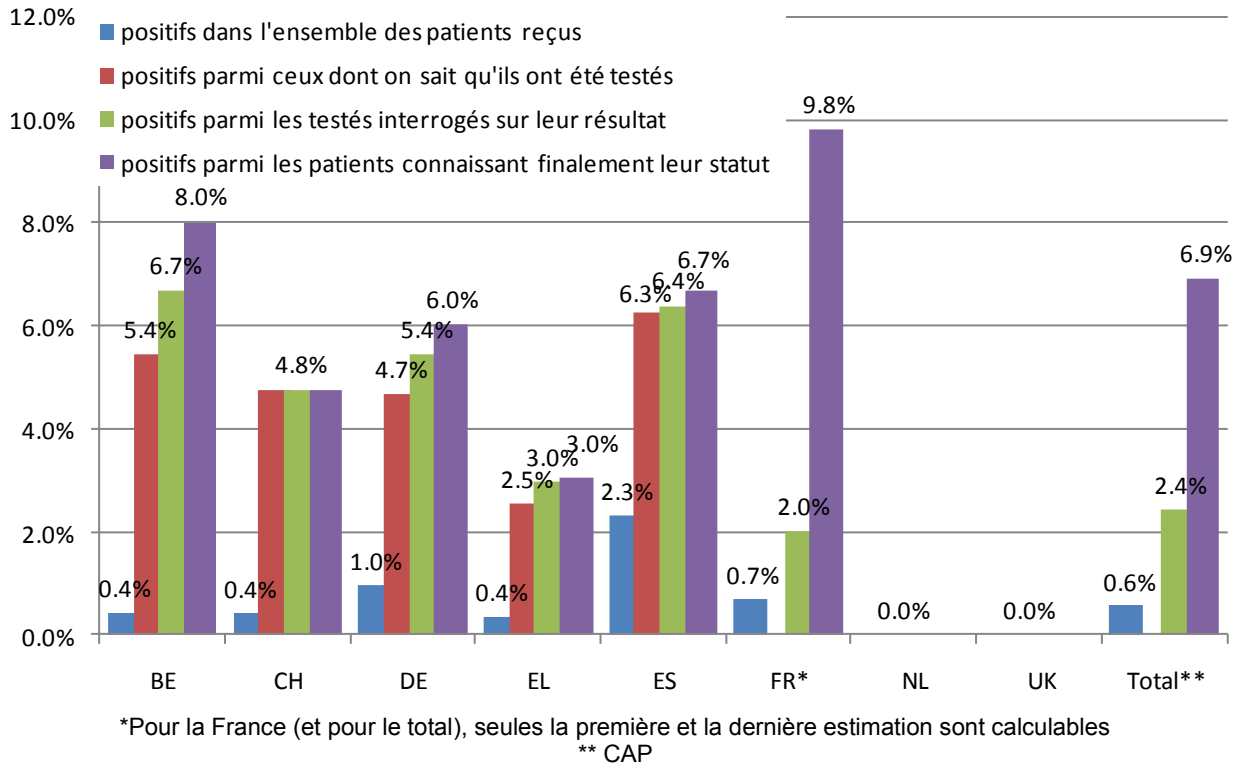
[110] Fraser G, Gomes Dias J, Hruba F, Albu C, eds. *Annual epidemiological report. Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data*. Stockholm: ECDC (Surveillance Report), 2013.

seules personnes interrogées sur le résultat de leur test passé, le taux augmente encore : **6,9 % des patients interrogés et qui connaissaient leur statut sérologique sont positifs.**

Aux Pays-Bas et à Londres, aucun cas de séropositif au VHC n'a été détecté (et quel que soit le dénominateur et les biais de sélection, tous les taux sont évidemment nuls)[111]. C'est en France que la proportion de positifs parmi les patients connaissant leur statut est la plus élevée (9,8 %), suivi par la Belgique (8,0 %) et l'Espagne (6,7 %). **On ne peut qu'inciter les médecins à poser plus systématiquement la question (qui n'a pas été posée chez 65 % des personnes en France et 80 % en Belgique) et à réaliser ou orienter plus souvent vers ce test (en Espagne, 40 % des patients n'avaient pas été dépistés).**

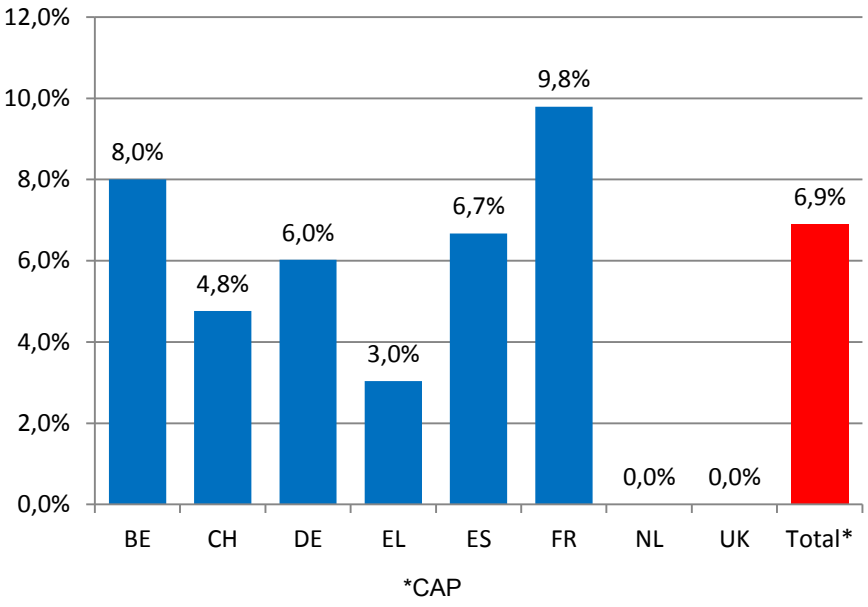
[111] Les questions n'ont pas été posées chez 44 % des patients vus aux Pays Bas et chez 88 % des patients vus à Londres (voir la figure suivante).

Figure 47. Séroprévalence du VHC dans les différentes populations analysables par pays.



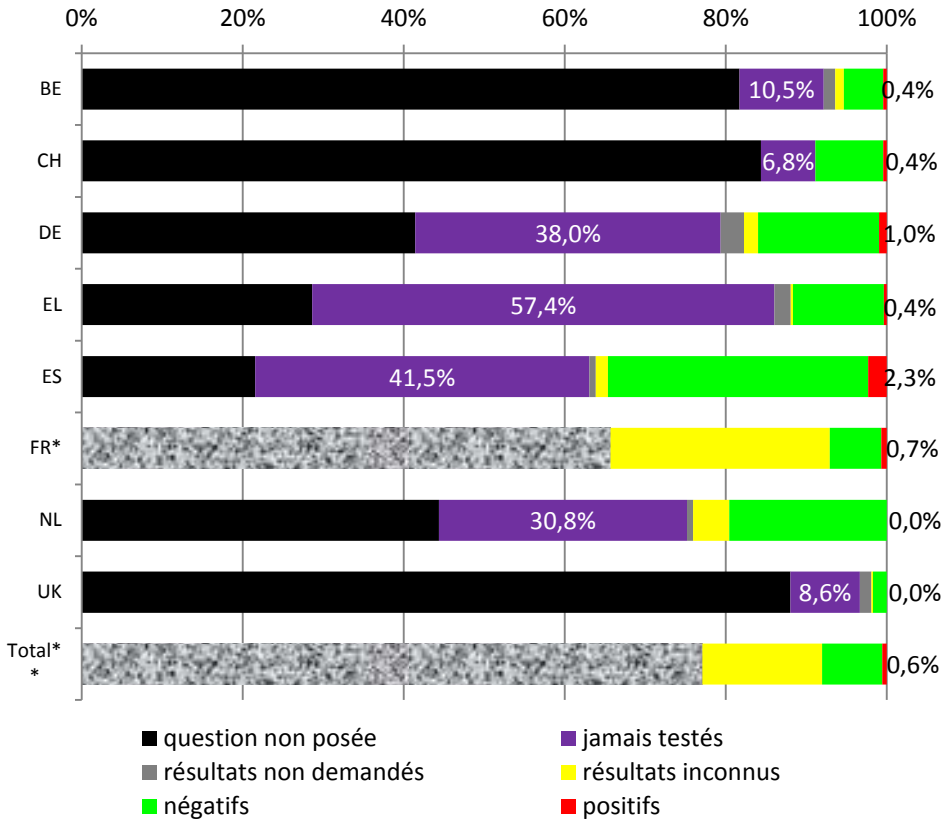
*Pour la France (et pour le total), seules la première et la dernière estimation sont calculables
** CAP

Figure 48. Proportions de séropositifs au VHC parmi les personnes connaissant leur statut par pays.



*CAP

Figure 49. Statut sérologique VHC par pays (en proportion de l'ensemble des patients reçus par pays).



*Pour la France (et pour le total), les 3 premières modalités ne peuvent être distinguées
** proportions totales brutes

Hépatite B

Au total, **0,7 % de l'ensemble des patients sont détectés positifs au VHB** (c'est-à-dire que les deux questions ont été posées, que les patients connaissaient leur statut et que celui-ci était positif) et c'est le cas de **2,9 % des personnes interrogées** aux deux questions et de **8,2 % des patients qui connaissaient finalement leur statut sérologique**.

Rappelons que dans l'Union Européenne, environ 17 000 cas d'infections par le VHB sont rapportés annuellement, dont 70 % de cas de portage chronique du VHB. Dans les pays à prévalence faible ou modérée (comme en Europe occidentale), les voies de transmission des infections aiguës « autochtones » sont principalement hétérosexuelles (25 %), nosocomiales (25 %), par usage intraveineux de drogues (10 à 15 %), homosexuelles masculines (10 %)[112].

La prévalence de l'hépatite B est le plus élevée en Afrique subsaharienne et en Asie orientale. La plupart des habitants de ces régions sont infectés par le virus de l'hépatite B au cours de leur enfance (le virus de l'hépatite B se transmet généralement à la naissance, de la mère à l'enfant, ou dans la petite enfance, d'un enfant à l'autre) et 5 à 10 % de la population adulte est infectée de manière chronique. On rencontre également des taux élevés d'infection chronique en Amazonie et dans les

[112] Fraser G, Gomes Dias J, Hruba F, Albu C, eds. *Annual epidemiological report. Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data*. Stockholm: ECDC (Surveillance Report), 2013.

parties méridionales d'Europe centrale et orientale. Au Moyen-Orient et sur le sous-continent indien, on estime que les porteurs chroniques représentent 2-5 % de la population générale.

Les migrants de zone de haute prévalence constituent un groupe de population particulièrement à risque : pour eux-mêmes (complications hépatiques, notamment carcinologiques, du portage chronique de l'AgHBs) et pour les autres (transmission du virus, notamment materno-infantile). **Dans la plupart des pays européens, le dépistage du VHB (et la vaccination des séronégatifs) est recommandée pour les migrants en provenance de ces zones de haute endémicité.**

Figure 50. Proportions de séropositifs au VHB parmi les personnes connaissant leur statut par pays.

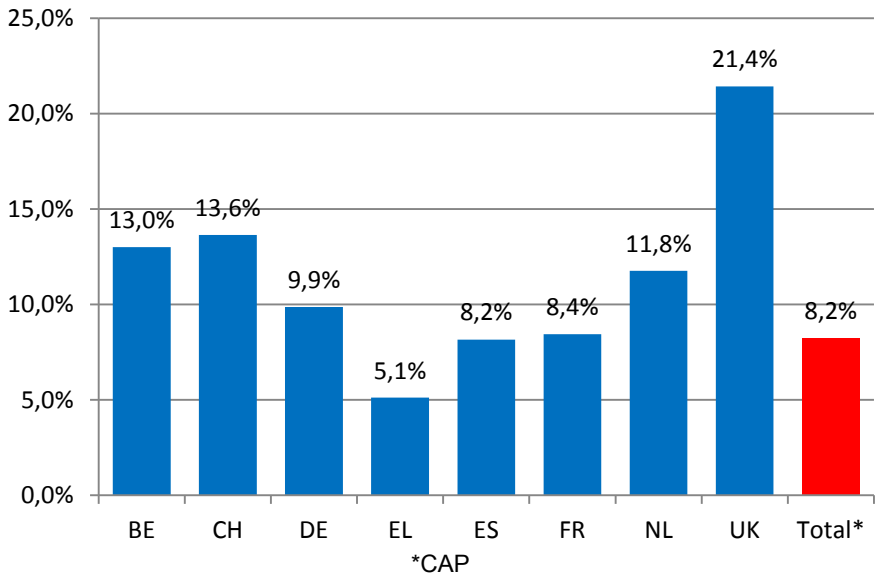
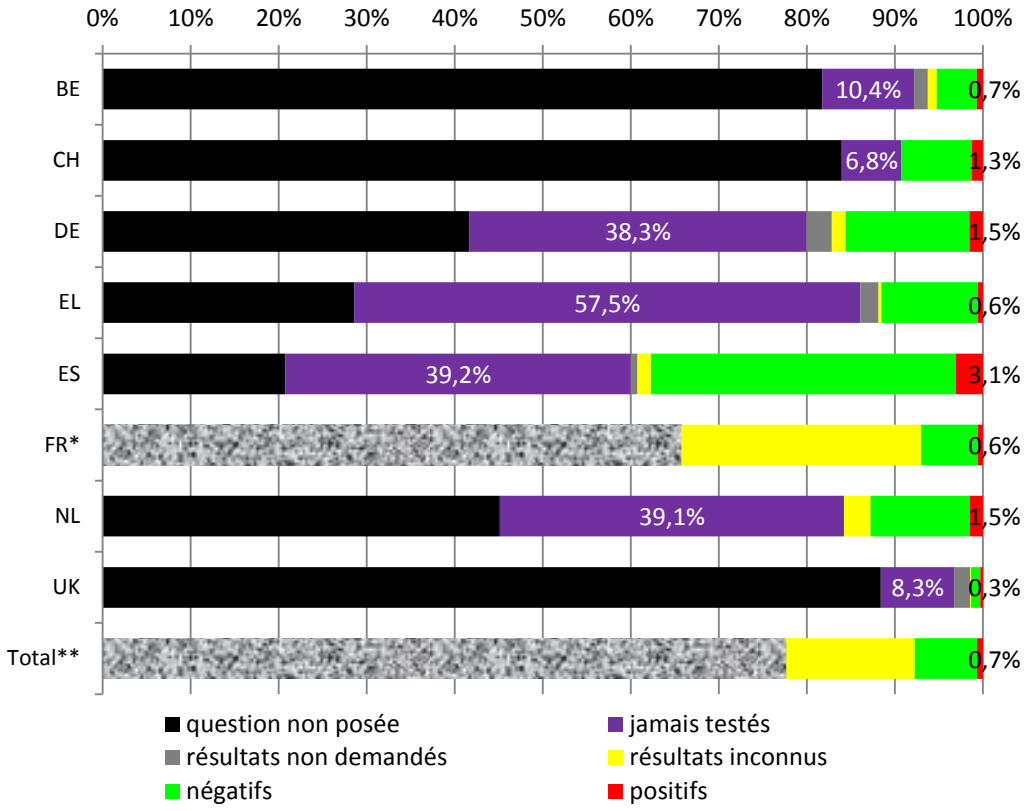
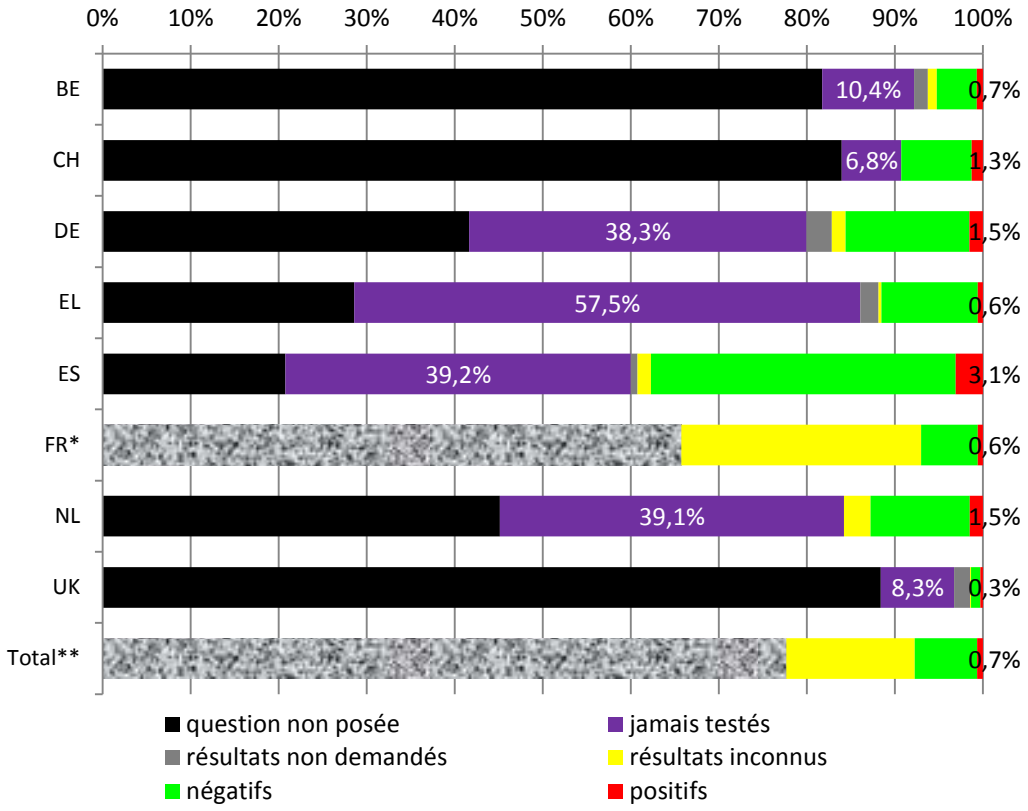


Figure 51. Statut sérologique VHB par pays (en proportion de l'ensemble des patients reçus par pays).



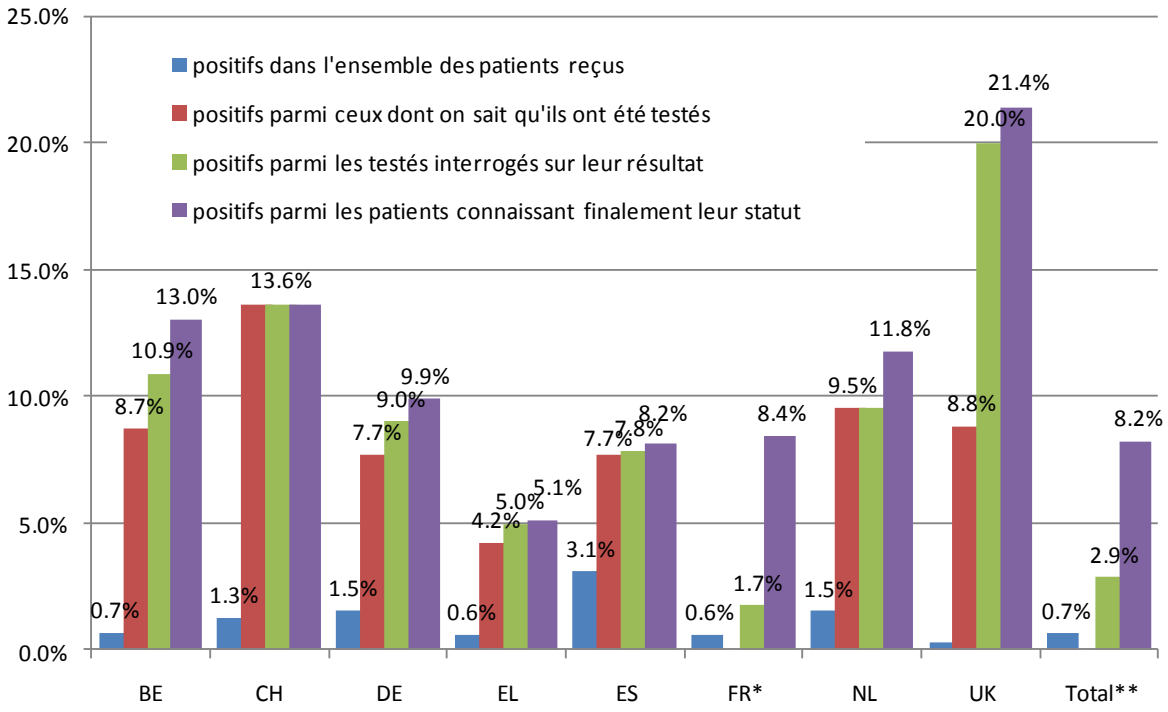
*Pour la France (et pour le total), les 3 premières modalités ne peuvent être distinguées
** proportions totales brutes

Figure 52. Statut sérologique VHB par pays (en proportion de l'ensemble des patients reçus par pays).



*Pour la France (et pour le total), les 3 premières modalités ne peuvent être distinguées
** proportions totales brutes

Figure 53. Séroprévalence du VHB dans les différentes populations par pays.



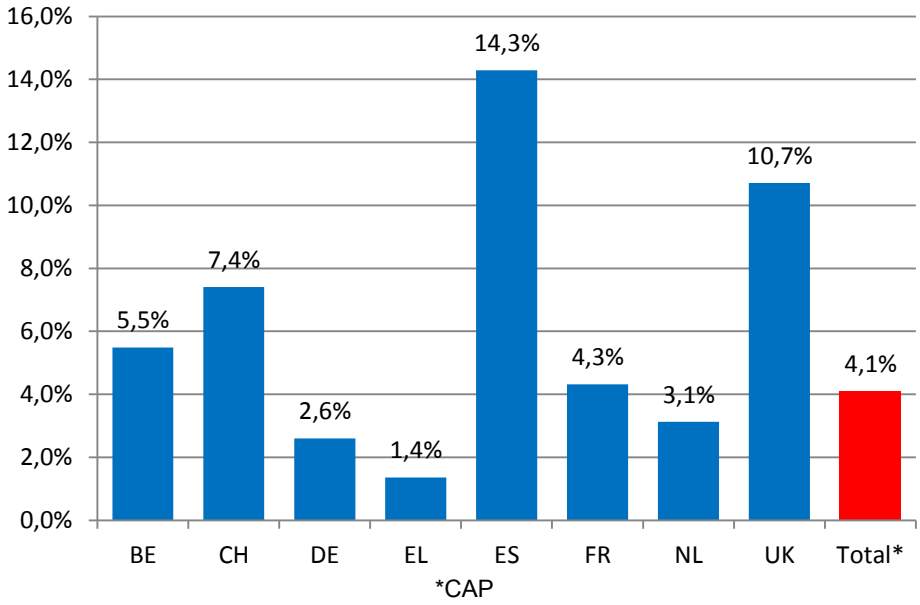
*Pour la France (et pour le total), seules la première et la dernière estimation sont calculables, ** CAP

VIH/Sida

Au total, **0,4 % de l'ensemble des patients sont détectés séropositifs au VIH** (c'est-à-dire que les deux questions ont été posées, que les patients connaissaient leur statut et que celui-ci était positif) et c'est le cas de **1,6 % des personnes interrogées** aux deux questions et de **4,1 % des patients qui connaissaient finalement leur statut sérologique**. Cette proportion est notoirement plus élevée en Espagne (sans doute en lien avec le fait que les publics pris en charge dans certains programmes de MdM y ont plus souvent des antécédents d'usages de drogues que dans les autres pays) et au Royaume-Uni où 10,7 % des personnes connaissant leur statut sont séropositifs au VIH[113].

[113] Rappelons qu'en Angleterre, les soins pour le VIH (dépistage, consultations médicales et traitements) n'ont été rétablis en accès gratuit pour tous, sans condition de régularité de séjour, que depuis octobre 2012.

Figure 54. Proportions de séropositifs au VIH parmi les personnes connaissant leur statut par pays.



Soulignons la fréquence élevée, dans nombre de pays, des personnes jamais testées vis-à-vis de l'infection à VIH. Malgré la forte proportion de données manquantes (c'est-à-dire de personnes à qui la question n'a pas été posée), au moins 30,1 % des patients vus aux Pays-Bas n'ont jamais été testés, de même que 38,5 % des patients vus à Munich et dans les programmes espagnols et 58,5 % des patients vus en Grèce. Au total, dans les 7 pays[114], **au moins 27,1 % des patients n'ont jamais été testés**.

Cette proportion est particulièrement inquiétante quand on connait la vulnérabilité particulière des migrants (et de leurs partenaires) vis-à-vis du VIH, soulignée notamment par le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC)[115].

Rappelons que, depuis 10 ans, on observe une féminisation de l'infection par le VIH chez les migrants. Les femmes sont plus vulnérables au virus, tant sur le plan biologique que social.

On citera ici le rapport de la Commission des migrations, des réfugiés et des personnes déplacées du Conseil de l'Europe[116] qui souligne que « en raison du manque de données disponibles et de difficultés méthodologiques, il est difficile de déterminer avec exactitude dans quelle mesure les migrations influent sur la prévalence globale du VIH/SIDA en Europe. (…) Cependant, il ressort clairement des données de nombreux pays que les migrants originaires de pays où l'épidémie de VIH est généralisée, surtout en Afrique sub-saharienne, sont affectés de manière disproportionnée par le VIH, par rapport à la population native des pays d'accueil. Par ailleurs, lorsque l'on compare les migrants à la population native de leur pays d'origine (où la prévalence du VIH/SIDA est élevée), la proportion de migrants infectés par le VIH/SIDA est généralement plus faible, ce qui peut s'expliquer par le « *healthy migrant effect* » ».

[114] En France, on ne peut estimer cette proportion parce que seule la seconde question (résultat du test) est posée, mais pas la première (recours au test).

[115] ECDC. *Migrant health: HIV testing and counselling in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA member States*. Stockholm: ECDC, 2011.

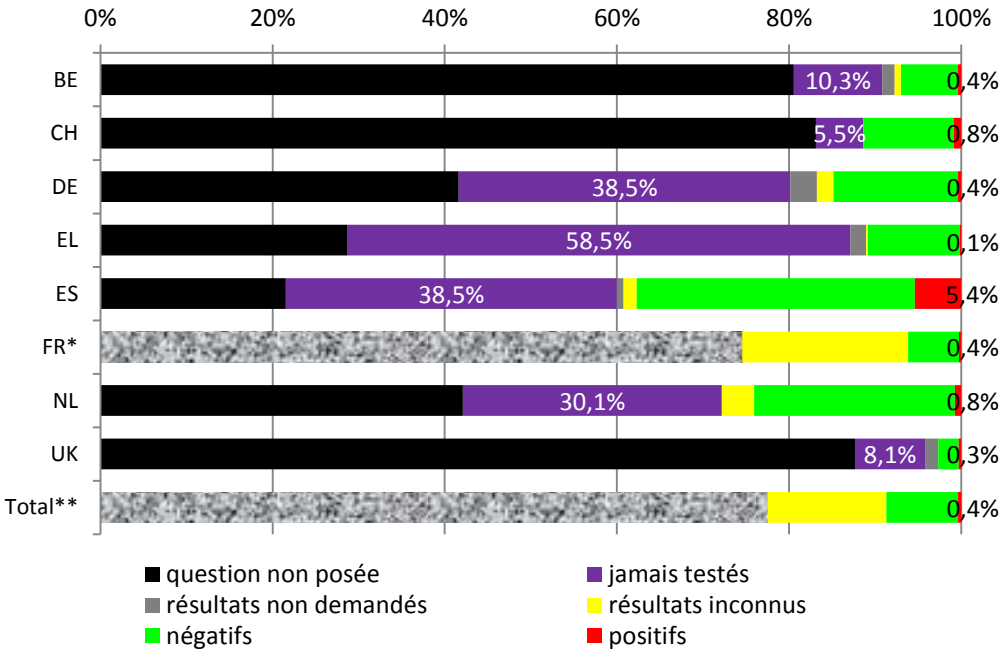
[116] Commission des migrations, des réfugiés et des personnes déplacées. *La lutte contre le sida auprès des migrants et des réfugiés*. Strasbourg : Conseil de l'Europe, janvier 2014.

En 2011, la proportion de migrants parmi la population infectée par le VIH était inférieure à 10 % de la totalité des infections dans les pays d'Europe de l'Est et certains pays d'Europe centrale. **Dans la plupart des pays d'Europe du Nord, elle était supérieure à 40 %. Dans la majorité des pays d'Europe occidentale, la proportion de migrants parmi les personnes infectées par le VIH se situait entre 20 % et 40 %**[117].

Les données et les études actuelles ne permettent pas de savoir précisément si les migrants contractent majoritairement le VIH dans leur pays d'origine ou après avoir migré.

Une étude menée par l'ECDC en 2013 a révélé des différences importantes entre les pays de destination en ce qui concerne la proportion d'infections post-migratoires[118]. Cette proportion s'élève à 2% pour les Africains subsahariens en Suisse alors qu'elle atteint 62% chez les hommes noirs caribéens ayant des rapports sexuels avec des hommes au Royaume-Uni. Le rapport cité précédemment rappelle que « les travailleurs migrants qui vivent seuls, loin de leur conjoint ou de leur partenaire sexuel habituel, peuvent être davantage exposés au virus. Cela serait dû au fait qu'ils cherchent d'autres partenaires occasionnels, augmentant leur propre risque d'exposition au VIH et celui de leurs partenaires sexuels ».

Figure 55. Statut sérologique VIH par pays (en proportion de l'ensemble des patients reçus par pays).

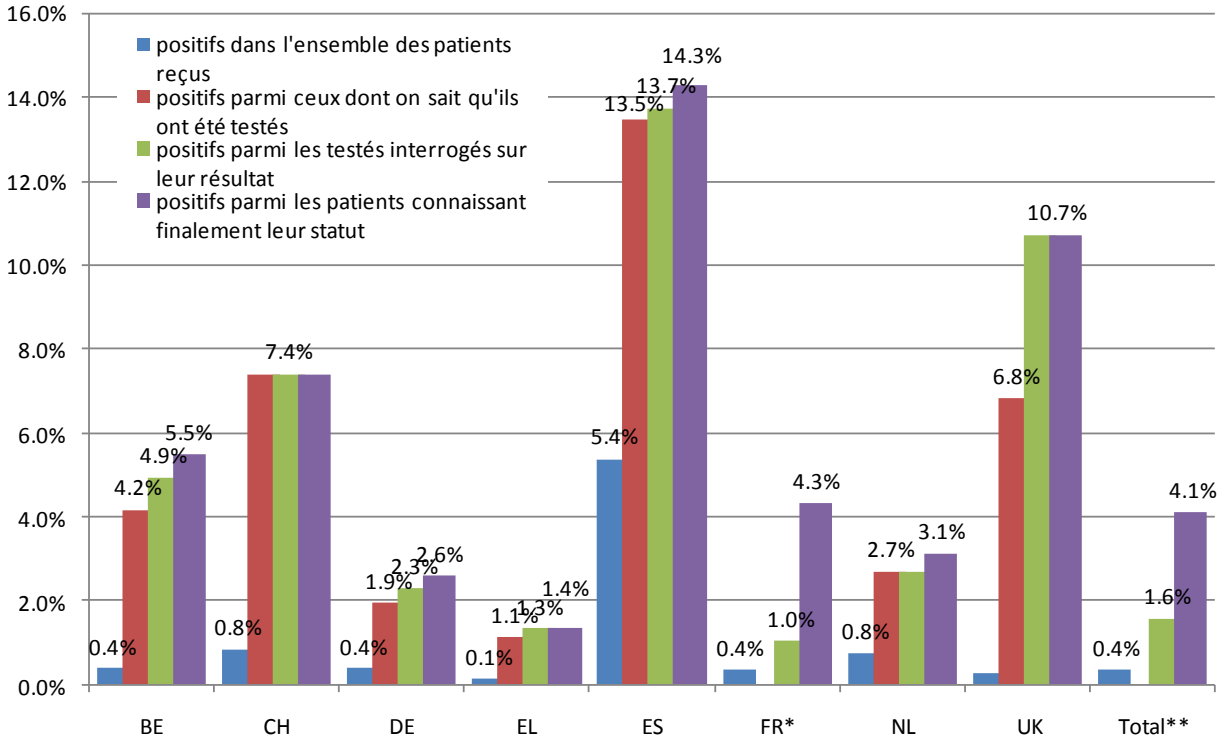


*Pour la France (et pour le total), les 3 premières modalités ne peuvent être distinguées
** proportions totales brutes

[117] ECDC technical report, Migrant health: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries, Stockholm, 2010.

[118] ECDC technical report, Migrant health: Sexual transmission of HIV within migrant groups in the EU/EEA and implications for effective interventions, Stockholm, 2013.

Figure 56. Séroprévalence du VIH dans les différentes populations analysables par pays.



*Pour la France (et pour le total), les 3 premières modalités ne peuvent être distinguées
** proportions totales brutes

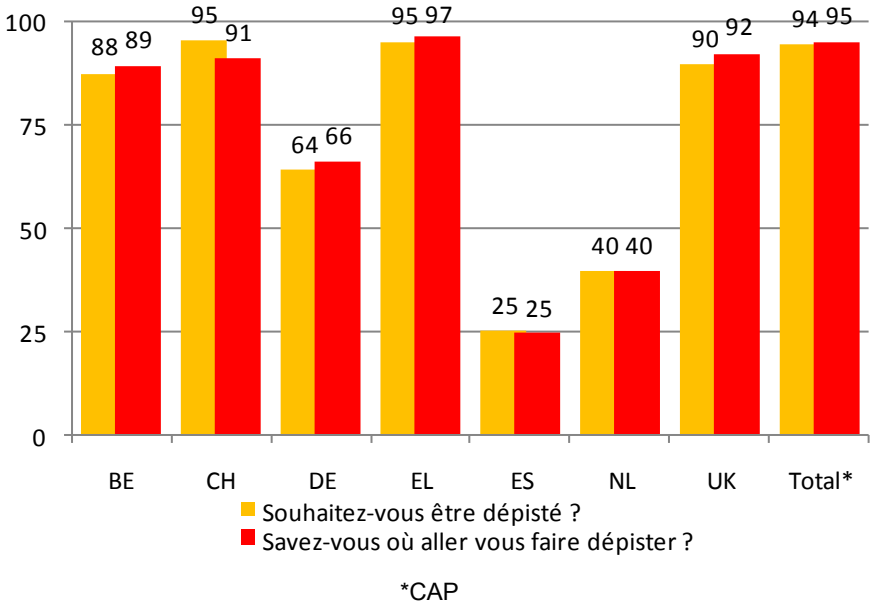
Souhait et connaissance en matière de dépistage du VIH, VHB ou VHC

Deux questions étaient posées dans tous les pays sauf la France à la fin du questionnaire portant sur les sérologies précédentes, concernant d'une part le souhait éventuel d'être dépisté pour l'un de ces trois viroses et, d'autre part, la connaissance des lieux ou des dispositifs où aller se faire dépister.

Malheureusement, ces questions ont été, en pratique, fort peu renseignées. A l'exception notable de l'Espagne[119] et des Pays-Bas[120] , dans tous les autres pays, seulement 3 à 12 % des personnes ont été interrogées à ce sujet.

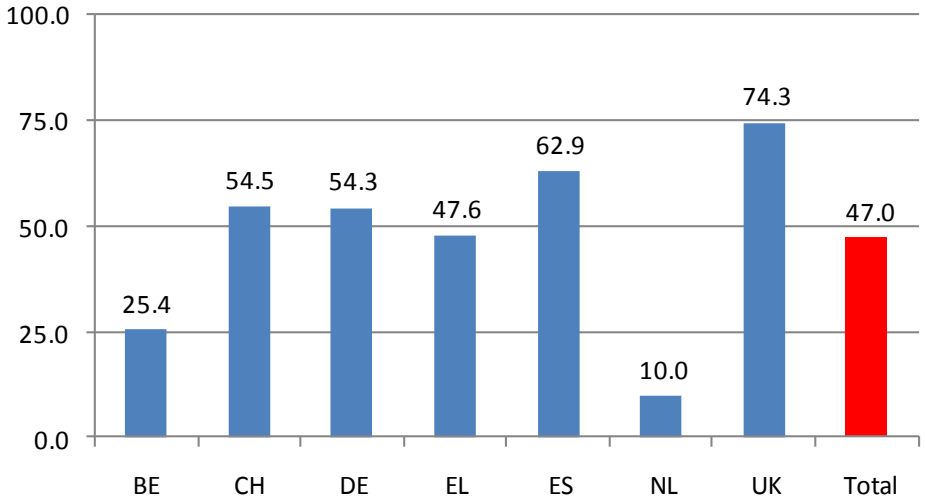
[119] Taux de réponse = 75 %.
[120] Taux de réponse = 60 %.

Figure 57. Taux de données manquantes concernant les souhaits et connaissances en matière de dépistage du VIH, VHB et/ou VHC.



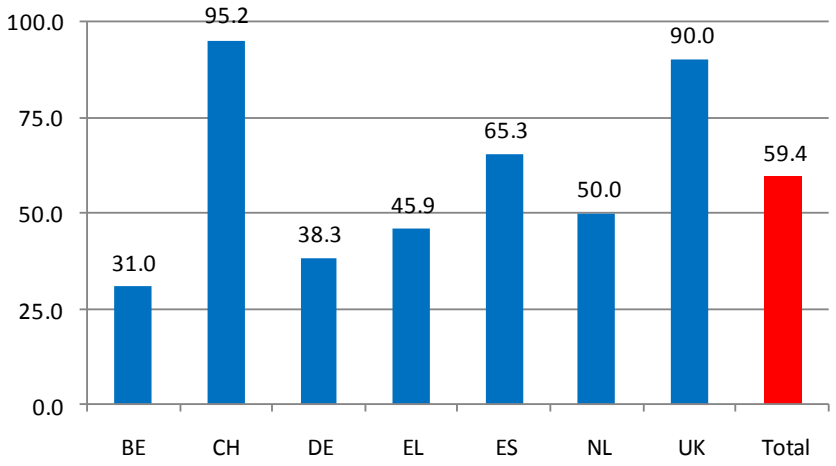
Pour cette raison, les résultats suivants sont donnés seulement pour information. Au total, près d'une personne interrogée sur deux souhaiterait être dépistée pour l'une ou l'autre de ces viroses : 63 % en Espagne, là où le taux de réponse est le seul qui soit exploitable.

Figure 58. Proportion de patients souhaitant bénéficier de l'un ou l'autre des dépistages VIH, VHB ou VHC.



Au total, près de 4 patients sur 10 ne savent pas où aller se faire dépister. Ceci concerne 1/3 des patients vus en Espagne (le seul chiffre exploitable vu le taux de non réponse dans les autres pays).

Figure 59. Proportion de patients qui savent où aller se faire dépister pour l'une ou l'autre des 3 viroses.



Tuberculose

Pour mémoire, deux questions étaient également posées concernant la tuberculose : « Avez-vous déjà été testé pour la tuberculose ? » et « Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez la tuberculose ? ».

Dans les sept pays européens où la seconde question a été posée (pas en France), seuls 8,7 % des patients ont été interrogés[121] ; les réponses sont donc, en outre, difficilement exploitables. Au total (mais encore une fois, la population interrogée est notoirement sélectionnée), **une proportion importante de personnes déclarent avoir eu une tuberculose (4,9 %)**. Cette proportion est notoirement encore plus élevée en Espagne : 18,2 % du tiers des personnes interrogées à ce sujet disent qu'elles se souviennent qu'un médecin leur a dit (un jour) qu'elles avaient la tuberculose.

Cette sorte de « prévalence vie entière » apparaît suffisamment élevée pour justifier que des questions plus précises soient éventuellement introduites dans de futures enquêtes (à condition de cibler plus spécifiquement des sous-groupes de personnes à interroger et de les interroger, ensuite, systématiquement) ; mais cela dépasse peut-être les objectifs d'un recueil de routine.

Remarques méthodologiques

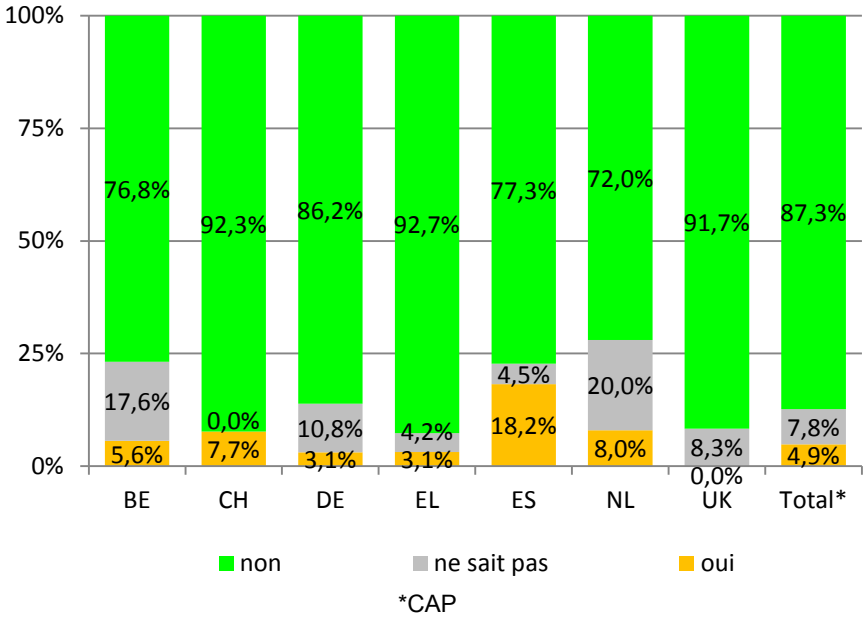
Ces deux questions mériteraient d'être reformulées ou simplement supprimées.

On propose de supprimer la première question qui n'a pas grand sens : le dépistage de la tuberculose ne se fait pas, comme les trois viroses précédentes, à partir d'une sérologie réalisable et réalisée volontiers en routine. Il se fait dans différents contextes avec différentes modalités (les performances de dépistage d'une radiographie pulmonaire de routine étant généralement considérées comme mauvaises, sauf dans des populations spécifiques à forte prévalence). Ce sont ces contextes (et les issues de ces dépistages précédents éventuellement) qui sont intéressants à interroger… mais c'est sans doute trop long à demander et à renseigner systématiquement dans le cadre de cette enquête.

La seconde question pourrait éventuellement être conservée toute seule mais ce n'est pas, à proprement parler, une question de dépistage, mais plutôt l'interrogation spécifique d'un antécédent diagnostic. Seule, la question n'est pas très intéressante : ce qui compte, c'est de tenter de savoir quand, dans quelles circonstances, et si le patient a été ou non correctement traité.

[121] Taux de réponse respectifs : BE=5,3 %, CH=11,0 %, DE=12,5 %, EL=11,2 %, ES=33,8 %, NL=18,8 %, UK=1,1 %.

Figure 60. "Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez la tuberculose ?".



L'Espagne : bouleversement du système de santé et résistance sociale

La destruction d'un système de santé qui était universel

En avril 2012, le gouvernement et le parlement espagnols ont approuvé le Décret royal 16/2012 portant sur « les mesures urgentes garantissant la viabilité du système national de santé et améliorant la qualité et la sécurité de ses prestations ». Il supprime l'accès aux soins des sans-papiers et rattache la couverture maladie au travail au lieu du système universel qui prévalait auparavant. Il augmente le reste à charge pour les médicaments. En dehors des sans-papiers, toute personne (Espagnole ou immigrée en situation régulière) qui réside plus de trois mois en dehors d'Espagne sans contribuer à la sécurité sociale, perd sa carte de santé automatiquement. Elle devra recommencer le processus d'inscription à la sécurité sociale depuis le début.

Le décret soulève d'importants problèmes éthiques pour les professionnels de la Santé (personnel médical, infirmiers, pharmaciens, personnel administratif, travailleurs sociaux…) et **viole le droit déontologique**. Il introduit également une réforme du modèle de santé espagnol, qui s'avère **injuste** du point de vue des droits de l'homme, **inefficace** sur le plan économique et **dangereuse** du point de vue de la santé publique.

Avec la nouvelle loi[122],750 000 étrangers en situation précaire de séjour[123] ont perdu brusquement leur couverture santé. Si les femmes enceintes et les mineurs restent explicitement protégés, leur accès aux soins est parfois rendu impossible en raison des barrières administratives dans certaines régions autonomes, de la non délivrance de cartes individuelles de santé, mais aussi de l'impression de plus en plus généralisée, à cause des discours politiques, qu'un étranger en situation irrégulière n'a plus droit au système de santé.

Par ailleurs, la suppression de l'accès au système de santé entraine un risque sanitaire personnel et global : les pathologies infectieuses ne sont plus dépistées en médecine générale. Comme pour le repérage des violences, le seul point d'entrée désormais est les urgences hospitalières, ce qui veut dire que de plus en plus de pathologies et de victimes de violence ne seront pas repérées et traitées correctement.

Le système d'assurance personnelle qui coûte 60 euros par mois pour les moins de 65 ans et 157 euros pour les plus de 65 ans n'est ouvert qu'aux résidents de plus d'une année, et à ceux qui peuvent payer cette somme. De plus il n'est accessible que dans deux régions autonomes.

Il faut aussi souligner l'augmentation du reste à charge des médicaments, déjà très important en Espagne puisqu'il est de 40 % sans limite de coût pour les personnes avec des revenus inférieurs à 18 000 euros par an (et donc au maximum 1 500 euros par mois) et de 50 % pour les revenus compris entre 18 000 et 100 000 euros par an. Le reste à charge n'épargne pas les porteurs de maladies chroniques qui doivent, eux, payer 10 % du coût des médicaments (quels que soient leurs revenus) avec toutefois un plafond de 4,13 euros par médicament (sans plafond mensuel toutefois). Les

[122] Ce chiffre a été donné par le gouvernement espagnol en février 2014 au Commissaire des droits humains des Nations- Unies

[123] Le rapport Clandestino estimait en 2008 le nombre de personnes en Espagne sans autorisation de séjour à 354 000 (Triandafyllidou A, ed. *Clandestino Project. Final report*. Brussels: European Commission, 2009).

patients que reçoivent les équipes de MdM vivent tous sous le seuil de pauvreté, soit 645 euros en Espagne. L'achat de médicaments représente donc pour eux une charge très importante[124].

La réponse de Médicos del Mundo

MdM a lancé dès 2012, la campagne «*Derecho a Curar* » (droit de soigner) en collaboration avec une des principales associations médicales spécialisée en soins de santé primaire, la Société espagnole de médecine familiale et communautaire (semFYC). Dans cette campagne, la première action de mobilisation du personnel médical, et la plus importante, est l'appel à l'objection de conscience.[125]

La campagne a commencé avec l'appui d'autres institutions importantes de soins de santé primaire et de soins de santé spécialisés ainsi que celui de diverses organisations sociales et des réseaux d'organisations européennes impliquées dans la défense des droits des immigrés.

Différents supports ont été créés dans le cadre de la stratégie de diffusion de la campagne et sont disponibles en ligne sur le site www.derechoacurar.org, tels que des affiches, des vidéos virales, des autocollants et des badges pour les réseaux sociaux. Ces outils sont autant d'actions proposées aux professionnels de santé, aux bénéficiaires des services de santé et au grand public.

C'est sans aucun doute la vidéo de la campagne montrant les professionnels de santé qui refusent d'appliquer la nouvelle loi qui a été la plus appréciée, atteignant une très forte viralité non seulement chez les professionnels de la santé, mais aussi dans l'opinion publique. Face à l'exclusion des soins pour les immigrés en situation irrégulière posée par décret, MdM exhorte le personnel de santé à exercer son droit à la résistance individuelle et collective et à l'objection de conscience pour soigner toute personne qui en a besoin, indépendamment de sa situation administrative. Une relance de la communication contre la loi au travers des réseaux sociaux au cours de l'été 2013, avec la série de vidéos #leyesquematan (les lois qui tuent), a été mise dans les « sujets tendances » ou *trending topic* sur Twitter, ce qui est symptomatique de l'importante diffusion atteinte. Plus de 253 000 personnes ont regardé les vidéos de Médicos del Mundo en quelques mois[126].

Plus de 2 000 professionnels de santé ont pris le risque de formellement déclarer leur refus d'appliquer la loi d'exclusion pendant la première phase de la campagne. Cela donne une idée du nombre total de professionnels qui, de manière silencieuse et privée, continuent de recevoir en consultation des personnes sans couverture maladie. Par ailleurs, nous avons rassemblé 19 000 signatures de soutien à la lettre adressée à la ministre de la Santé, remise début janvier 2014 dans le cadre de la campagne « Derecho a Curar».

---

[124] Les seules exemptions concernent les retraités qui reçoivent le minimum vieillesse et les chômeurs non indemnisés ou recevant moins de 400 euros par mois. Par ailleurs les retraités ont, eux, des plafonds de co-paiement : 8,14 euros par mois (en mars 2014) s'ils ont moins de 18 000 euros annuels.

[125] Du serment d'Hippocrate à l'adoption en 1948 de la Déclaration de Genève révisée en 2006 par l'Association médicale mondiale (AMM), la profession a exprimé par son code déontologique son fort engagement pour protéger la santé de la population, sans discrimination. « Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'appartenance politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou de tout autre facteur interviennent entre mon devoir et mon patient ».
Déclaration de Lisbonne de l'AMM sur les droits des patients: « Lorsque la loi, l'action du gouvernement ou toute autre administration ou institution prive les patients de leurs droits, le personnel médical doit rechercher les moyens appropriés pour les assurer et les restaurer. » www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/

[126] En fait beaucoup plus de personnes les ont regardées puisque nous ne pouvons pas comptabiliser les vues au travers d'El Pais, d'El Mundo et via la chaine de télévision publique.

Médicos del Mundo est une organisation dotée d'une longue expérience (24 ans) sur les projets en Espagne : c'est la raison pour laquelle les acteurs des régions autonomes de Médicos del Mundo sont, dans de nombreuses régions, un moteur essentiel des actions en réseau entre organisations opposées à la réforme du système de santé. En effet, nous menons 45 programmes pour l'accès aux soins de tous dans 12 régions autonomes.

Le contexte créé par le Décret royal 16/2012 est si préoccupant pour les organisations et les groupes impliqués dans la défense des droits de l´homme et la lutte contre la discrimination et la xénophobie, qu'il a favorisé le renforcement du travail en réseau. Si cet effet commençait déjà à être visible en 2012, il a pu être confirmé en septembre 2013 à l'occasion du premier anniversaire de l'entrée en vigueur de la loi, qui a suscité un nouveau moment d'effervescence de la mobilisation sociale. Les conséquences négatives de cette réglementation et des autres politiques d'austérité ont été documentés dans The Lancet et le British Medical Journal. Certains spécialistes[127] ont d'ores et déjà alerté sur l'augmentation prévisible des pathologies transmissibles telles que le VIH et la tuberculose, comme conséquence de la privation de l'accès aux soins et aux médicaments d'environ 2 % de la population[128]. D'autres experts[129] ont mis en garde contre une probable augmentation des troubles mentaux, y compris des suicides.

Dans l'objectif de documenter le plus précisément possible les cas que nous rencontrons et les barrières à l'accès aux soins, Médicos del Mundo a promu la mise en place d'«observatoires», comme celui qui fonctionne déjà avec succès dans la Communauté valencienne (ODUSALUD, composé de 49 organismes), l'Observatoire du droit à la santé (ODAS) qui vient d'être lancé aux Baléares et la Plateforme pour des soins de santé universels en Catalogne.

Au cours de la dernière période de 2013, Médicos del Mundo a élargi sa stratégie de communication et de mobilisation au-delà du secteur de la santé pour s'adresser à la société espagnole dans son ensemble avec la campagne « Nadie Desechado » (personne ne doit être rejeté). Cette campagne a en outre révélé comment la réforme des soins de santé, annoncée comme ne visant « que » les immigrés, exclut aussi du système de santé tous les groupes les plus vulnérables de notre société, en particulier les malades chroniques. Nous avons d'ores et déjà réuni plus de 40 000 signatures pour la nouvelle mobilisation qui s'adresse à la ministre de la santé. Médicos del Mundo a repéré à ce jour plus de 1 000 cas de violation des droits aux soins de santé, et a élaboré des rapports qui ont été présentés à la commission de la santé du Congrès des députés et au défenseur des droits.

Médicos del Mundo demande au gouvernement de retirer cette loi et de restaurer le système universel de santé en Espagne.

Les autorités de santé doivent, entretemps, immédiatement s'assurer que les femmes enceintes et les mineurs ont un accès total aux soins et assurer au moins les urgences, sans facturation aux sans-papiers qui en ont besoin.

Enfin nous appelons tout le personnel médical et social à l'objection de conscience, en appliquant leur droit à ne pas collaborer à la violation des droits humains fondamentaux.

[127] Helena Legido-Quigley de l'Ecole d´hygiène et de médecine tropicale de Londres ou Santiago Moreno, chef du service des maladies infectieuses de l´hôpital Ramón y Cajal.
[128] Voir l'histoire d'Alpha Pam, le jeune Sénégalais de 28 ans décédé de tuberculose aux Baléares page 44.
[129] Notamment Manuel Desviat, consultant de l'OMS.

Les données en Grèce

Les données grecques sont détaillées ici par centre. Cette analyse complémentaire des données de 2013 s'explique par l'ampleur de la crise économique et sociale en Grèce. Nous pouvons ainsi suivre de près l'accès aux soins dans ce pays, année par année. Les chiffres cités doivent être interprétés avec prudence puisque, dans certains centres, les effectifs enregistrés dans la base de données sont faibles, alors même que le nombre de patients effectivement reçus est parfois beaucoup plus important[130]. On conseille de les mobiliser uniquement en complément des chiffres grecs globaux exposés précédemment.

Dans les tableaux qui suivent, les nombres entiers (sans décimale) désignent des effectifs de patients et les nombres avec une décimale des proportions. En effet, dans la plupart de ces tableaux, sont indiqués pour chaque catégorie le nombre de personnes ayant répondu cette modalité et sa proportion (%) correspondante parmi l'ensemble de la population répondante du centre (ville) en question (les % sont donc calculés sans prendre en compte les données manquantes, dont le nombre est en revanche systématiquement indiqué séparément).

Effectifs

Au total, 3 430 questionnaires ont été collectés et saisis en Grèce. Une petite moitié d'entre eux proviennent de Mytilène et 30 % de Patras. Les patients ont été vus la plupart du temps une seule fois dans les programmes et centres grecs de MdM, sauf à Thessalonique où ils sont vus deux fois plus souvent.

Tableau 16. Effectifs en Grèce

	n	%
Mytilène	1571	45.8
Patras	1026	29.9
Perama	508	14.8
Athènes	255	7.4
Thessalonique	70	2.0
	3430	100.0

[130] A Mytilène environ 91 % des patients sont effectivement enregistrés dans la base de données, 57 % à Perama, 50 % à Patras, 13 % à Thessalonique et 2 à 3 % à Athènes.

Tableau 17. Nombre de visites par centre.

Nb visites	Mytilène	Patras	Perama	Athènes	Thessalonique	Total
1	1553	1021	424	249	13	3260
	98.9	99.5	83.5	97.7	18.6	
2	18	5	67	6	56	152
	1.2	0.5	13.2	2.4	80.0	
3	0	0	10	0	1	11
	0.0	0.0	2.0	0.0	1.4	
4	0	0	6	0	0	6
	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	
5	0	0	1	0	0	1
	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	
Total	1571	1026	508	255	70	3430

L'essentiel des consultations sont motivées par des soins médicaux mais à Patras, près de 30 % des recours sont également motivés pour des questions d'ordre administratif, juridique ou social (8 % à 10 % à Perama et à Thessalonique).

Tableau 18. Raisons de venue par centre (en % de visite).

	Mytilène	Patras	Perama	Athènes	Thessalonique	Total
Pour des soins médicaux	1582	881	608	258	125	3454
	100.0	85.6	99.2	99.2	97.7	
Pour des questions d'ordre	2	296	50	5	13	366
administratif, juridique, social	0.1	28.8	8.2	1.9	10.2	
Pour des questions d'ordre	0	1	8	0	10	19
psychologique ou psychiatrique	0.0	0.1	1.3	0.0	7.8	
Autre	0	2	5	4	12	23
	0.0	0.2	0.8	1.5	9.4	
Total	1584	1180	671	267	160	3862

Valeurs manquantes = 14

Caractéristiques démographiques et conditions de vie

Le sexe ratio H/F est différent d'un centre à l'autre. **A Thessalonique, Perama et Athènes, les femmes constituent la majorité des patients reçus** quand elles sont moins nombreuses à Mytilène (20 %) et Patras (29 %).

Tableau 19. Distribution par genre et par centre.

	Mytilène	Patras	Perama	Athènes	Thessalonique	Total
Femmes	307	299	276	128	42	1052
	19.8	29.3	55.2	51.2	60.0	31.0
Hommes	1245	721	224	122	28	2340
	80.2	70.7	44.8	48.8	40.0	69.0
Total	1552	1020	500	250	70	3392

Valeurs manquantes = 38

En moyenne, les patients sont plus jeunes à Mytilène et à Patras, les deux centres où les données sur les patients ont été le plus souvent enregistrées par rapport aux autres villes. Un quart des patients ont moins de 18 ans dans ces deux centres. L'âge médian des consultants est plus élevé à Perama (51 ans) et à Thessalonique (49 ans).

Figure 61. Proportion de patients mineurs (<18 ans) par centre.

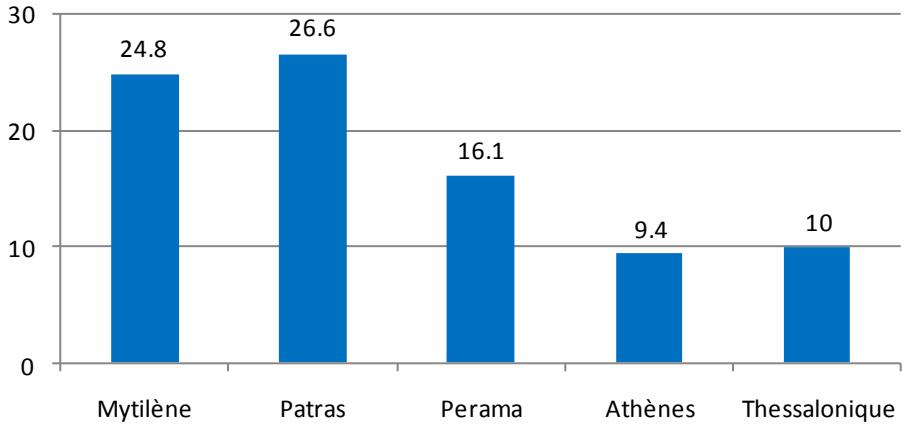


Tableau 20. Distribution des âges par centre.

	Nb	Moyenne	Minimum	1er quartile	Médiane	3ème quartile	Maximum
Mytilène	1557	22.81	0.00	18.00	21.00	27.00	86.00
Patras	1003	29.53	0.00	18.00	27.00	39.00	87.00
Perama	489	46.07	0.00	36.00	51.00	60.00	85.00
Athènes	249	33.55	0.00	26.00	32.00	41.00	74.00
Thessalonique	70	43.86	0.00	35.00	49.00	57.00	66.00
Total	3430	29.4	0.00	18.50	26.00	38.00	87.00

En Grèce, la proportion de nationaux (24,8 %) reste la plus importante parmi tous les pays de l'enquête européenne. **A Thessalonique[131] et à Perama, la majorité des patients vus en consultation sont toujours des nationaux (respectivement 50 % et 79,6 %).** D'ailleurs, dans ces deux centres les besoins en interprètes sont peu importants : respectivement 92 % et 84 % des patients n'en ont pas besoin, alors qu'à Patras un patient sur deux (46 %) a besoin d'un interprète[132].

A Thessalonique, 80 % des patients signalent que leur logement est dangereux pour leur santé ou celle de leurs enfants[133].

[131] Seuls 13 % des patients vus à Thessalonique ont été enregistrés dans la base de données et 57 % pour Perama, ce qui explique largement la baisse de la proportion des grecs dans la population reçue.

[132] La question a été très mal renseignée à Mytilène (86 % de données manquantes) et à Athènes (50 %).

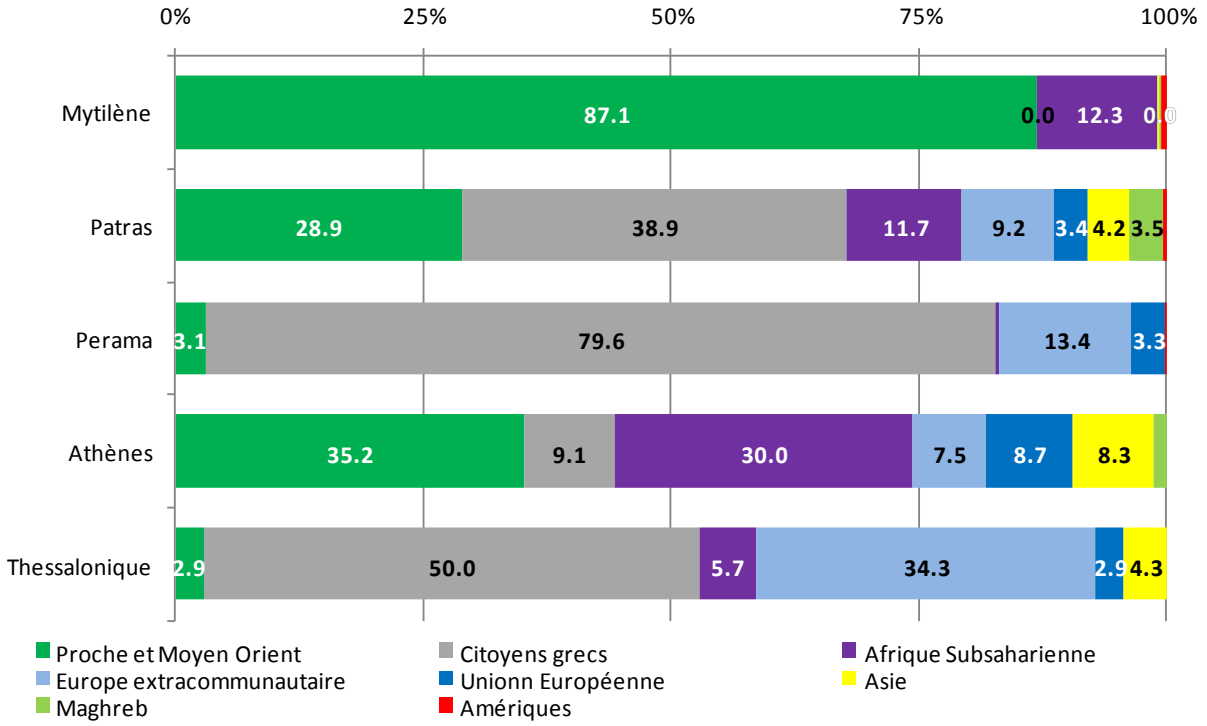
[133] La question n'a pas été posée à Mytilène et le taux de réponse est trop faible dans les autres centres pour être exploitable (29 % à Patras, 18 % à Athènes, 11 % à Patras, 16 % à Perama).

Tableau 21. Origines géographiques par centre.

	Mytilène (n=1571)	Patras (n=1026)	Perama (n=508)	Athènes (n=255)	Thessalonique (n=70)	Total
Proche et Moyen Orient	1364	289	15	89	2	1759
	87.1	28.9	3.1	35.2	2.9	52.0
Grecs	0	389	391	23	35	838
	0.0	38.9	79.6	9.1	50.0	24.8
Afrique Subsaharienne	192	117	2	76	4	391
	12.3	11.7	0.4	30.0	5.7	11.6
Europe extracommunautaire	0	92	66	19	24	201
	0.0	9.2	13.4	7.5	34.3	5.9
Union Européenne	0	34	16	22	2	74
	0.0	3.4	3.3	8.7	2.9	2.2
Asie	1	42	0	21	3	67
	0.1	4.2	0.0	8.3	4.3	2.0
Maghreb	3	35	0	3	0	41
	0.2	3.5	0.0	1.2	0.0	1.3
Amériques	7	3	1	0	0	11
	0.5	0.3	0.2	0.0	0.0	0.3
Total	1567	1001	491	253	70	3382

Missing values = 48

Figure 62. Nationalités par centre.



Le détail des nationalités par centre est indiqué dans les tableaux pages suivantes. Rappelons, comme nous l'avons vu, qu'en Grèce, les Syriens constituent en 2013 le troisième groupe de nationalité le plus fréquent (15,5 %), après les Afghans (33,6 %) et les Grecs (24,4 %).

Tableau 22. Détail des nationalités par centre.

Mytilène

Country	*Fréquence*	*Pourcentage*
AFGHANISTAN	845	53.92
SYRIA	511	32.61
SOMALIA	161	10.27
ERITHREA	28	1.79
HAITI	6	0.38
PALESTINE	6	0.38
CONGO BRAZZA	2	0.13
MOROCCO	2	0.13
ALGERIA	1	0.06
BANGLADESH	1	0.06
CAMEROON	1	0.06
DOMINICAN REPUBLIC	1	0.06
IRAN	1	0.06
PAKISTAN	1	0.06

Perama

Country	*Fréquence*	*Pourcentage*
GREECE	391	79.63
ALBANIA	61	12.42
AFGHANISTAN	10	2.04
BULGARIA	10	2.04
PAKISTAN	3	0.61
POLAND	3	0.61
ARMENIA	2	0.41
UKRAINE	2	0.41
DOMINICAN REPUBLIC	1	0.20
FINLAND	1	0.20
IRAQ	1	0.20
LITHUANIA	1	0.20
RUMANIA	1	0.20
SERBIA	1	0.20
SOMALIA	1	0.20
SYRIA	1	0.20
TANZANIA	1	0.20

Patras

Country	*Fréquence*	*Pourcentage*
GREECE	389	38.86
AFGHANISTAN	231	23.08
ALBANIA	87	8.69
SUDAN	63	6.29
PAKISTAN	41	4.10
BANGLADESH	40	4.00
BULGARIA	25	2.50
ALGERIA	21	2.10
ERITHREA	20	2.00
SENEGAL	20	2.00
SYRIA	11	1.10
TUNISIA	8	0.80
NIGERIA	6	0.60
RUMANIA	6	0.60
MOROCCO	5	0.50
SOMALIA	5	0.50
IRAN	3	0.30
GAMBIA	2	0.20
IRAQ	2	0.20
MOLDAVIA	2	0.20
BOLIVIA	1	0.10
BRAZIL	1	0.10
CHINA	1	0.10
DOMINICAN REPUBLIC	1	0.10
ETHIOPIA	1	0.10
GEORGIA	1	0.10
GERMANY	1	0.10
LIBYA	1	0.10
PALESTINE	1	0.10
PHILIPPINE	1	0.10
POLAND	1	0.10
SERBIA	1	0.10
UKRAINE	1	0.10
UNITED KINGDOM	1	0.10

Thessalonique		
Country	*Fréquence*	*Pourcentage*
GREECE	35	50.00
ALBANIA	11	15.71
ARMENIA	5	7.14
GEORGIA	5	7.14
BANGLADESH	3	4.29
BULGARIA	2	2.86
RUSSIA	2	2.86
SENEGAL	2	2.86
AFGHANISTAN	1	1.43
NIGERIA	1	1.43
PAKISTAN	1	1.43
SERBIA	1	1.43
SOMALIA	1	1.43

Athènes		
Country	*Fréquence*	*Pourcentage*
AFGHANISTAN	64	25.30
GREECE	23	9.09
NIGERIA	20	7.91
BANGLADESH	15	5.93
BULGARIA	15	5.93
ALBANIA	14	5.53
CONGO BRAZZA	11	4.35
ERITHREA	9	3.56
ETHIOPIA	8	3.16
SYRIA	7	2.77
KENYA	6	2.37
PAKISTAN	5	1.98
SRI LANKA	5	1.98
IRAN	4	1.58
IRAQ	4	1.58
POLAND	4	1.58
CAMEROON	3	1.19
COTE D'IVOIRE	3	1.19
EGYPT	3	1.19
GEORGIA	3	1.19
RUMANIA	3	1.19
ALGERIA	2	0.79
GHANA	2	0.79
PALESTINE	2	0.79
SIERRA LEONE	2	0.79
SOMALIA	2	0.79
TANZANIA	2	0.79
BURKINA FASO	1	0.40
GAMBIA	1	0.40
GUINEA	1	0.40
LIBERIA	1	0.40
MALI	1	0.40
MOROCCO	1	0.40
NIGER	1	0.40
ORIENTAL TIMOR	1	0.40
SENEGAL	1	0.40
SUDAN	1	0.40
TURKEY	1	0.40
UKRAINE	1	0.40

Statuts vaccinaux

Les données vaccinales grecques sont rapportées dans le tableau et la figure suivants. Les réponses aux différents antigènes sont très semblables. Au total, une moitié des personnes sont vaccinées, un quart le sont probablement et 20 % devraient être (re)vaccinées (elles ignorent leur statut vaccinal ou savent qu'elles ne sont pas vaccinées)[134].

Tableau 23. Caractéristiques vaccinales par centre.

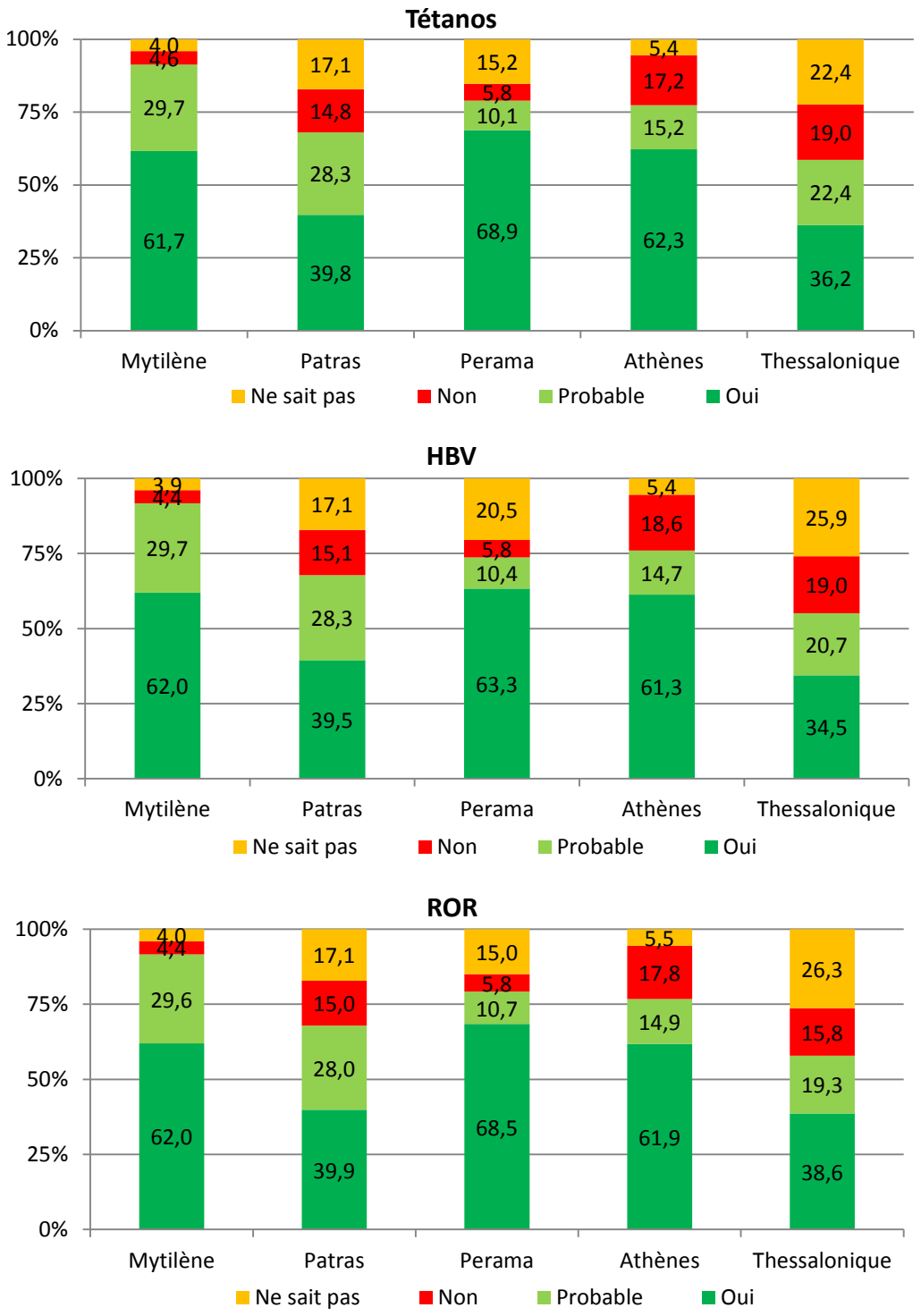
Tétanos	Mytilène (1571)	Patras (1026)	Perama (508)	Athènes (255)	Thessalonique (70)	Total
Oui	957	350	226	127	21	1681
	61.7	39.8	68.9	62.3	36.2	55.6
Probable	460	249	33	31	13	786
	29.7	28.3	10.1	15.2	22.4	26.0
Non	71	130	19	35	11	266
	4.6	14.8	5.8	17.2	19.0	8.8
Ne sait pas	62	150	50	11	13	286
	4.0	17.1	15.2	5.4	22.4	9.5
Total	*1550*	*879*	*328*	*204*	*58*	*3019*
HVB						
Oui	961	348	207	125	20	1661
	62.0	39.5	63.3	61.3	34.5	55.0
Probable	461	249	34	30	12	786
	29.7	28.3	10.4	14.7	20.7	26.0
Non	68	133	19	38	11	269
	4.4	15.1	5.8	18.6	19.0	8.9
Ne sait pas	61	151	67	11	15	305
	3.9	17.1	20.5	5.4	25.9	10.1
Total	*1551*	*881*	*327*	*204*	*58*	*3021*
ROR						
Oui	960	352	224	125	22	1683
	62.0	39.9	68.5	61.9	38.6	55.8
Probable	459	247	35	30	11	782
	29.6	28.0	10.7	14.9	19.3	25.9
Non	68	132	19	36	9	264
	4.4	15.0	5.8	17.8	15.8	8.8
Ne sait pas	62	151	49	11	15	288
	4.0	17.1	15.0	5.5	26.3	9.5
Total	*1549*	*882*	*327*	*202*	*57*	*3017*

C'est à Mytilène que les personnes étaient les mieux vaccinées (moins de 10 % ne le sont pas ou ne le savent pas). En revanche, à Thessalonique, plus de 40 % des consultants n'étaient pas correctement vaccinés et plus de 30 % à Patras. Les questions sur la connaissance des lieux de vaccination sont

[134] Rapport grec sur les vaccinations en population générale : http://www.nsph.gr/files/011_Ygeias_Paidiou/Ereunes/ekthesi_emvolia_2012.pdf

inexploitables par centre[135]. A Thessalonique, parmi les 53/70 (75,7 %) des patients ayant répondu, 32/53 (60,4 %) savaient où aller se faire vacciner.

Figure 63. Statut vaccinal par centre.



[135] Taux de données manquantes : 94 % à Mytilène, 57 % à Athènes, 93 % à Patras, 81 % à Perama

Statuts sérologiques

Figure 64. Statuts VIH par centre.

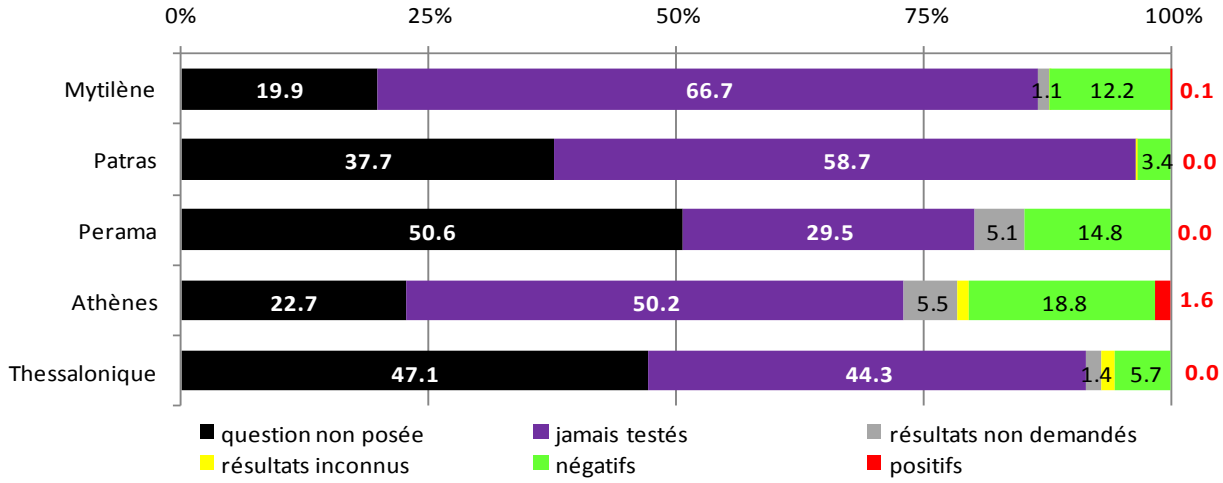


Figure 65. Statuts VHC par centre.

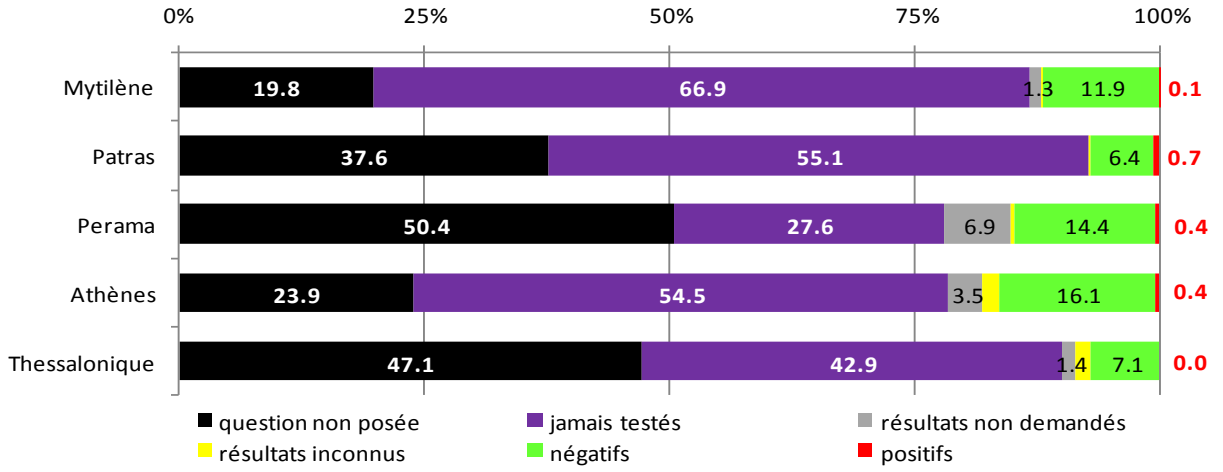
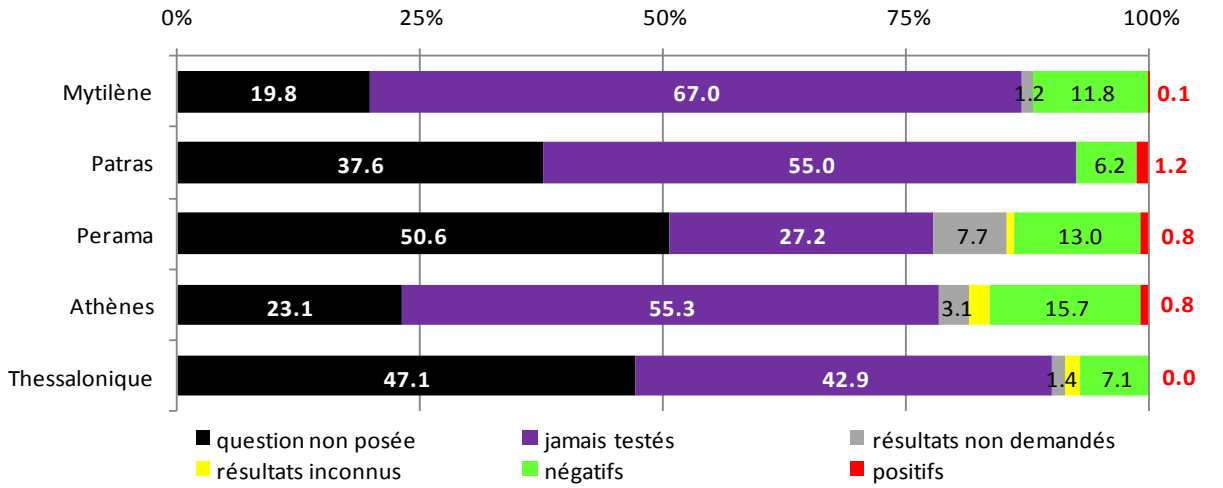


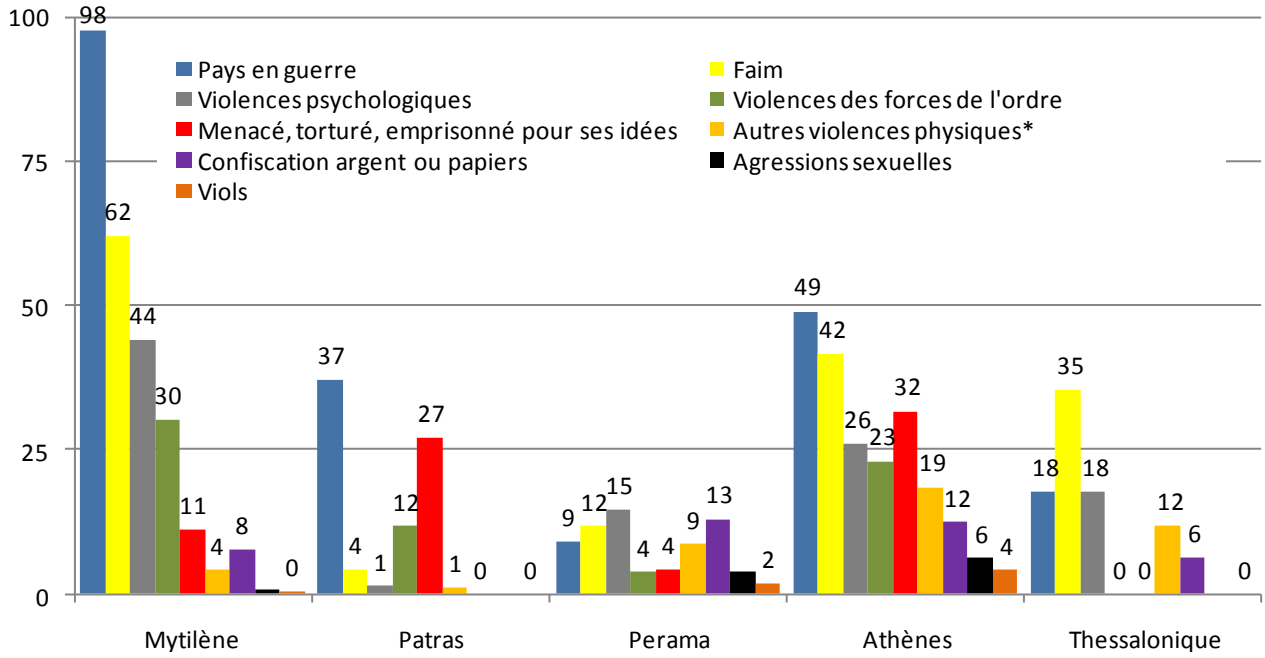
Figure 66. Statuts VHB par centre.



Les violences

C'est à Mytilène, et de loin, que sont rapportées le plus fréquemment des violences parmi les consultants (en nombre absolu comme en fréquence relative), c'est-à-dire dans le programme qui reçoit le plus d'immigrés Afghans et du Proche et du Moyen Orient (et aucun Grec). A un niveau moindre mais dans des proportions notables, le centre d'Athènes compte aussi des victimes de violence de types très diversifiés. Logiquement, c'est à Perama (qui reçoit, lui, une très grande majorité de citoyens grecs) que les violences sont le moins souvent rapportées.

Figure 67. Fréquence des violences rapportées par centre.



* y compris conjugales et intrafamiliales

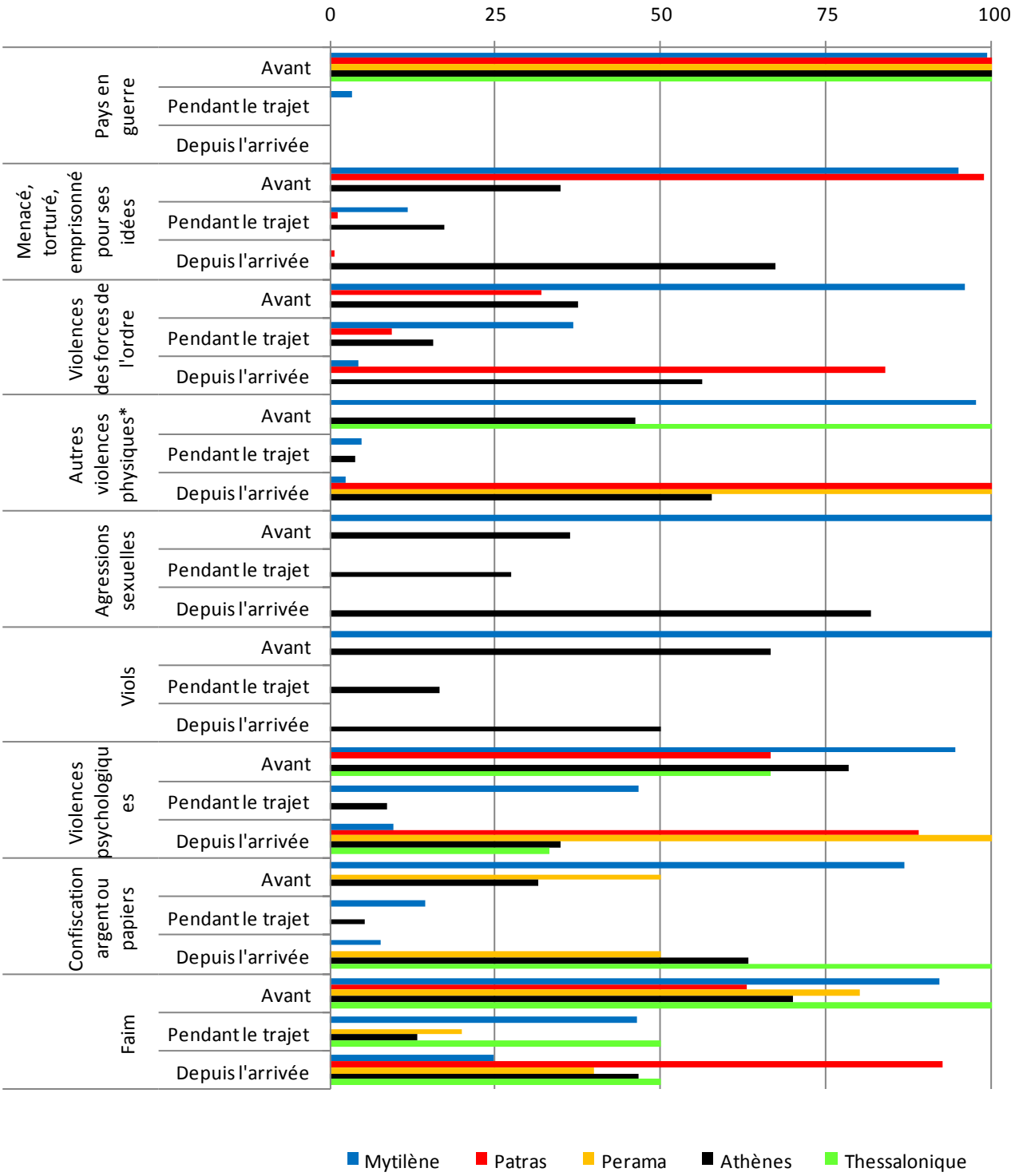
(les pourcentages sont indiqués exceptionnellement sans décimale pour plus de lisibilité)

En revanche, si les violences sont particulièrement fréquentes à Mytilène, peu de victimes rapportent en avoir souffert depuis leur arrivée en Grèce (sauf pour la faim : 25 % des personnes rencontrées à Mytilène ayant souffert de la faim en ont souffert depuis leur arrivée en Grèce).

A l'inverse, à Patras, si les violences sont plus rares, elles sont – proportionnellement - beaucoup plus fréquemment rapportées depuis l'arrivée en Grèce. Dans cette ville, 84 % des personnes rapportant avoir été victimes des forces de l'ordre en ont été victimes depuis leur arrivée en Grèce, 89 % des personnes ayant été victimes de violence psychologique et 100 % des personnes rapportant d'autres violences physiques. A Patras toujours, 93 % des victimes de la faim en ont souffert depuis leur arrivée.

A Athènes également (mais sur de plus petits effectifs interrogés), les victimes signalent de fortes proportions de cas depuis leur arrivée en Grèce et c'est notamment le cas pour les victimes de violences sexuelles : 82 % des personnes ayant été victimes d'agressions sexuelles en ont été victimes depuis leur arrivée en Grèce et 50 % des victimes de viols. On relève également que 56 % des victimes de violence des forces de l'ordre et 67 % des personnes menacées ou torturées pour leurs idées l'ont été depuis leur arrivée.

Figure 68. Périodes de survenue des violences dans la trajectoire de migration, par centre (parmi les cas rapportés de chaque type de violence).



* y compris conjugales et intrafamiliales (les totaux sont supérieurs à 100 % parce que les personnes ont pu souffrir d'un type de violence à différents moments de leur trajectoire migratoire)

Exemples :

A Athènes, 50 % des personnes ayant rapporté avoir subi un viol en ont été victimes depuis leur arrivée en Grèce.

A Patras, 93 % des personnes ayant rapporté avoir souffert de la faim en ont souffert depuis leur arrivée en Grèce.

© *Yiannis Yiannakopoulos* –

Des membres de MdM Allemagne, Belgique, Canada, Espagne, France, Grèce, Japon, Pays-Bas, Portugal, Royaume Uni, Suède, Suisse et Etats-Unis montrent leur solidarité avec les personnes sans couverture maladie en Grèce : des femmes enceintes, des enfants et des médecins tentent de se rejoindre, bloqués par une barrière financière. Flashmob MdM, Place Monastiraki, Athènes, le 21 février 2014.

Grèce : peut-on sauver la santé publique ?

En Grèce, la crise et les mesures d'austérité ont conduit à une récession bien plus grave que prévu, comme l'a reconnu le Fonds monétaire international[136]. En décembre 2013, le taux de chômage atteignait les 28 %[137]. Les coupes massives dans les dépenses de santé ont conduit à une réduction des prestations de l'EOPYY (l'Organisme national pour les prestations de santé), une réduction des services publics de santé, des coupes dans les programmes de prévention et une augmentation des frais de consultation et de médicaments à la charge des usagers, y compris pour des maladies chroniques comme le diabète, les maladies coronariennes, le cancer…

Selon les chiffres officiels, le nombre de citoyens sans assurance approche les 3 millions, sur une population totale de 10 815 197 habitants, alors que selon les chiffres de l'Agence nationale des services de santé, le nombre de personnes sans assurances pourrait atteindre les 4 millions. Pourtant, *"the failure of public recognition of the issue by successive Greek governments and international agencies is remarkable"* comme l'ont écrit Alexander Kentikelenis[138] et ses coauteurs dans le Lancet.

Le dernier Protocole d'accord entre les autorités grecques et la Troïka[139] comprenait un programme de bons de santé qui devait fournir un accès gratuit aux soins de santé primaires (dont sept consultations prénatales) pour les personnes sans couverture maladie. En réalité, les estimations indiquent que le programme couvrirait en théorie seulement 230 000 personnes pour la période 2013-2014, soit moins de 10 % des personnes sans couverture maladie. Entre l'annonce du programme, en juillet, et le mois d'octobre 2013, seuls 21 000 bons de santé ont été distribués[140] (soit moins de 1 % des personnes sans assurance). Au moment de la rédaction du présent rapport, en mars 2014, le ministre de la Santé a ordonné la fermeture de la plupart des structures publiques de soins de santé primaires pour au moins un mois afin de réorganiser le Réseau national primaire de santé (PEDY). Les professionnels de santé protestent massivement contre le forfait d'accès aux structures de santé de 5 €, qui constitue un véritable obstacle pour les plus démunis vivant en Grèce.

Vaccination, soins prénataux et accouchement

Bien que le calendrier national de vaccination n'ait pas été modifié, de plus en plus d'enfants ne sont pas vaccinés, en raison de la disparition graduelle des services publics de santé, dont l'accès était gratuit pour les enfants. Selon une étude menée par l'École nationale de santé publique publiée en mai 2013, entre 65 et 70 % des enfants sont vaccinés par des pédiatres privés, ajoutant encore à la charge financière pesant sur les parents sans emploi et sans couverture maladie. Le coût d'une vaccination totale pour un enfant s'élève à 1 200 € en l'absence d'assurance. C'est la raison pour laquelle les équipes de Médecins du monde ont vacciné près de 9 000 enfants en 2013 dans leurs polycliniques gratuites et dans leurs unités mobiles qui se rendent dans les îles et villages isolés, là où se trouvent aussi des enfants et des adultes sans accès aux soins car les structures de santé existant auparavant ont été fermées.

---

136 Gordon J, Karpowicz I, Lanau S, Manning J, McGrew W, Nozaki M, Shamloo M. *Greece: Ex Post Evaluation of Exceptional Access under the 2010 Stand-By Arrangement*. Washington: International Monetary Fund, Country Report No. 13/156, 2013.

137 Eurostat. *Harmonised unemployment rate by sex*. http://epp.eurostat.ec.europa.eu, dernière consultation le 3 mars 2014.

138 Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet* 2014; 383: 748–53.

139 Samaras A, Stournaras Y, Provopoulos G. Greece: Letter of Intent, Memorandum of Economic and Financial Policies, and Technical Memorandum of Understanding, 17 July 2013. Disponible sur le site du Fonds monétaire international : https://www.imf.org/external/np/loi/2013/grc/071713.pdf

140 Zafiropoulou M, Kaitelidou D, Siskou O, Oikonomou B. *Impact of the crisis on access to healthcare services: country report on Greece*. Brussels: Eurofound, 2013.

L'accès aux maternités publiques est devenu extrêmement difficile, voire impossible, pour les femmes enceintes sans couverture maladie. Elles doivent régler les frais de suivi de grossesse ainsi que tous les frais d'accouchement. Bien que les demandeuses d'asile puissent théoriquement avoir accès sans paiement aux soins prénataux et à l'accouchement, elles se trouvent aujourd'hui confrontées à de nombreux obstacles administratifs. En effet, elles doivent justifier de leur incapacité à payer avant de se voir accorder un accès aux soins sans paiement dans les hôpitaux publics.

Pour une grossesse normale, le coût du suivi prénatal pour les femmes sans couverture maladie est d'environ 650 €. S'ajoutent ensuite environ 650 € pour un accouchement sans complication et environ 1 200 € pour une césarienne. L'interruption volontaire de grossesse est légale en Grèce mais coûte environ 350 € sans couverture.

L'incapacité à payer pour un suivi de grossesse limite considérablement les chances du nouveau-né et constitue un danger pour la santé de la mère et celle de l'enfant. C'est également source de forte anxiété chez les femmes qui arrivent à l'hôpital le jour de l'accouchement sans suivi, prévention ni avis préalables. C'est également source de stress supplémentaire pour les équipes médicales.

Certaines maternités publiques ont refusé de délivrer un certificat de naissance à des enfants dont les mères ne pouvaient pas régler les frais d'accouchement. En certaines occasions, les employés des maternités publiques ont menacé les parents de ne pas leur rendre l'enfant tant qu'ils ne verseraient pas la somme demandée pour régler les frais d'accouchement…

Des groupes stigmatisés déjà victimes d'exclusion avant la crise

En avril 2013, lors d'une descente intitulée « Thetis, » la police grecque a regroupé des usagers de drogues dans le centre d'Athènes, les a menottés et les a conduits soit dans le centre de détention pour migrants d'Amygdaleza (dans la grande banlieue d'Athènes) soit dans la campagne, à plusieurs heures d'Athènes, pour les y abandonner. À Amygdaleza, les usagers de drogues ont subi des dépistages forcés du VIH[141]. Ces opérations se sont répétées à plusieurs reprises, accentuant la vulnérabilité des victimes.

Mais il y aussi de bonnes nouvelles. À la fin de l'année 2013, un grand pas en avant a été réalisé à Athènes avec l'ouverture d'une petite salle de consommation de drogues à moindre risque, près de la place Omonia. Elle ne peut accueillir que deux usagers à la fois et ne peut rester ouverte en soirée ou pendant le weekend. Nous espérons que l'association OKANA qui gère la salle recevra plus de financement afin d'étendre les heures d'ouverture et la capacité d'accueil. La consommation de drogues dans les rues est la plus importante d'Europe.

Les travailleur(se)s du sexe ont traversé une période horrible en avril 2012, juste avant de nouvelles élections, avec l'apparition d'une règlementation permettant les dépistages forcés des maladies infectieuses. Certains ont été tirés par les cheveux jusqu'aux équipes médicales publiques (!) qui leur ont imposé contre leur volonté un dépistage du VIH et d'autres maladies.

Ensuite, des photos de femmes séropositives ont été publiées dans des journaux. Elles ont été accusées d'empoisonner leurs clients et encouraient de lourdes amendes. Ce genre de violations graves des droits humains va à l'encontre des recommandations de tous les organismes internationaux, institutions publiques et ONG : ONUSIDA, la Commission mondiale sur le VIH et le droit, l'OMS, l'Agence des droits fondamentaux de l'UE, l'ECDC ou encore Human Rights Watch, par

[141] Kokkini E. *Greece… the country of harm induction*. Amsterdam: Correlation Network (Policy paper), newsletter 03/2013.

exemple. Le dépistage non volontaire sans garantie d'anonymat engendre de la défiance vis-à-vis des centres de dépistages. L'ensemble des ONG et des spécialistes des maladies infectieuses attendent l'abrogation définitive de ce décret[142].

Malheureusement, les immigrés sont encore la cible de discours haineux et de violences. Ils sont encore montrés du doigt comme étant responsables de la crise économique qui frappe le pays. La désagrégation des systèmes de protection sociale aggrave le désespoir des personnes démunies et la peur de l'avenir déjà répandue. La crise sociale a été largement exploitée par les partis d'extrême-droite.

La violence contre les immigrés en Grèce n'épargne pas les enfants.

> Enfant afghan de 14 ans, Ismail[143], a été battu par trois individus aussitôt après leur avoir répondu qu'il était afghan. Il lui a fallu plus de 30 points de suture après que ces individus l'ont défiguré avec des tessons de bouteilles. Ils l'ont laissé sur le trottoir dans son sang. Après avoir été amené à l'hôpital par un passant, il a reçu les premiers soins. Malheureusement, il a dû quitter l'hôpital quelques heures plus tard, seul, faute d'autorisation de séjour et de couverture santé. MdM lui a apporté des soins, un abri sûr et un soutien social pour qu'il retrouve sa famille.

Les extrémistes attaquent indifféremment les femmes (y compris des femmes enceintes), les enfants et les hommes isolés, principalement la nuit ; ils ont organisé des descentes racistes contre des Albanais et des vendeurs étrangers sur les marchés, ont proféré des menaces contre des membres d'ONG humanitaires, ainsi que des appels aux crimes de haine…

Réponse de MdM Grèce face à la crise

En réponse à la crise et aux énormes besoins qu'elle suscite, Médecins du monde Grèce a multiplié ses actions. Chaque jour, des centaines de bénévoles et 30 membres salariés gèrent 22 projets dans le pays, dont 13 ont débuté après 2010. Par exemple, l'association gère cinq polycliniques, un abri pour réfugiés et demandeurs d'asile à Athènes et quatre équipes mobiles apportant des services médicaux dans des lieux isolés à travers le pays[144]. Une assistance sociale et juridique est proposée aux migrants susceptibles de requérir une protection internationale sur les îles de Lesvos et Chios.

D'autres projets ciblent les sans-abris à Athènes (dont un abri de nuit), les personnes qui s'injectent des drogues (un projet de réduction des risques intitulé « Rues d'Athènes »), les enfants roms vivant dans des bidonvilles autour d'Athènes et les personnes âgées (le programme « Message de vie »).

Le programme « Assez ! », en collaboration avec le Conseil grec pour les réfugiés, fait la promotion de la tolérance, lutte contre les violences racistes en Grèce et apporte une assistance médicale, psychologique, sociale et juridique aux victimes de violence raciste. Le projet vise également à contribuer à mieux saisir l'étendue du phénomène.

En 2013, MdM Grèce a reçu 75 victimes de violences xénophobes. Dans de nombreux cas, on a rapporté l'utilisation de bâtons, des chaines, de couteaux, de tessons de bouteilles et de chiens. Seule une agression ne comptait qu'un seul assaillant. Dans la plupart des cas, les assaillants étaient vêtus de

[142] Ce décret 39A a été réactivé en juillet 2013 par le ministère de la Santé, qui a déclaré lors de la réunion de la Commission de l'EU du 18 mars 2014 qu'il serait modifié au plus tard en avril 2014.

[143] Voir la vidéo sur www.mdmeuroblog.wordpress.com

[144] Une équipe mobile pédiatrique, une équipe mobile dentaire, une équipe mobile ophtalmologique et une équipe de médecine générale centrée sur les femmes et les enfants.

noir et d'insignes néo-nazis. Quatre attaques ont eu lieu dans les locaux de la police. Comme la moitié des victimes étaient sans papiers, il leur a été impossible de déposer plainte. La directive de l'UE sur les victimes (2012/29/EU) établit des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection de *toutes* les victimes de la criminalité, en incluant explicitement les migrants sans papiers[145]. Cette directive devra être transposée et appliquée également en Grèce. Certains assaillants étaient mineurs : c'est pour cela que le projet « Assez ! » de MdM Grèce se rend dans les écoles à la rencontre des jeunes entre 12 et 16 ans : 19 discussions y ont été organisées, avec 770 adolescents.

La présentation dans les écoles commence par une photo montrant des mains d'enfants de différentes origines tenant la Terre. Cette image liminaire accentue l'objectif de la présentation : la cohésion sociale et la solidarité sans discrimination. Afin de montrer qu'il faut surmonter la connotation négative du mot « étranger (xénos) », nous donnons l'exemple de personnalités connues des mondes sportifs et académiques et démontrons le rôle important qu'ils jouent dans la société en tant que modèles pour les jeunes, bien qu'ils soient immigrés (soit grecs vivant à l'étranger, soit étrangers vivant en Grèce). Par ailleurs, nous montrons des photos des migrations massives de Grecs dans les années 50 et expliquons que les Grecs aussi sont des immigrés dans d'autres pays et que « tout le monde est étranger quelque part. » Après avoir expliqué qu'aujourd'hui la Grèce est une porte d'accès vers les pays européens, référence est brièvement faite au travail de MdM par la présentation de certains des services et soins médicaux apportés aux groupes vulnérables, pour susciter un sentiment de solidarité. Lors de la présentation, on demande aux élèves de faire part de leurs expériences et opinions personnelles sur le thème « acceptation et différence. » La présentation se conclut sur un encouragement aux bonnes pratiques, parmi lesquelles l'acceptation de la diversité, la prévention des comportements racistes et le renforcement de la solidarité sociale. On demande également aux élèves d'écrire une courte rédaction sur le phénomène du racisme. Les textes sont recueillis et utilisés dans la campagne antiraciste.

[145] Malheureusement, la Grèce n'a pas encore appliqué la directive.
DG Justice Guidance Document related to the transposition and implementation of Directive 2012/29/EU of the European Parliament and of the Council of 25 October 2012 establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime, and replacing Council Framework Decision 2001/220/JHA. Brussels: European Commission, DG Justice, December 2013.

Les organismes européens et internationaux s'engagent pour la protection de la santé

Au cours des deux dernières années, un nombre croissant d'institutions européennes et internationales ont demandé aux gouvernements de protéger les populations les plus vulnérables des conséquences de la crise et de l'austérité.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU

L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels spécifie le droit qu'a toute personne « *de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.* » En mai 2012, le Comité avait déjà exprimé sa préoccupation face aux réductions des niveaux de protection en matière de droits au logement, à la santé, à l'éducation et au travail, entre autres, en conséquence des mesures d'austérité prises par le gouvernement espagnol. Au sujet de l'exclusion des soins de santé des immigrés adultes sans papiers, le Comité a enjoint à l'Espagne de s'assurer que tous les individus résidant sur son territoire aient accès aux services de santé, quelle que soit leur situation administrative, suivant le principe d'universalité des services de santé[146].

Le Conseil de l'Europe

En février 2013, le commissaire aux Droits de l'Homme Nils Muižnieks a fermement condamné les violences xénophobes et l'impunité en Grèce[147]. Concernant l'Espagne, le commissaire a critiqué le fait qu'en de nombreux cas, des enfants immigrés dont les parents sont sans papiers se sont vu refuser l'accès aux soins de santé ou l'octroi d'une carte de santé (alors que le décret-loi 16/2012 n'exclut que les immigrés adultes sans papiers). Il a également dénoncé l'impact disproportionné des mesures de santé sur l'accès aux soins de santé pour les enfants[148].

En juin 2013, à la suite d'un rapport sur l'égalité de l'accès aux soins de santé, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté la résolution 1946 (2013) qui attire l'attention sur les effets néfastes des mesures d'austérité sur les droits sociaux et sur les plus vulnérables.

Elle « *estime que la crise devrait être considérée comme une opportunité pour repenser les systèmes de santé et être utilisée pour augmenter leur efficience, et non pas comme une excuse pour procéder à des mesures de régression* ». **L'Assemblée enjoint en particulier aux pays membres de s'assurer que la vaccination pour tous et l'accès universel aux soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants sont garantis, quelle que soit leur situation.**

Enfin, l'Assemblée appelle aussi à une « *dissociation des politiques de sécurité et d'immigration et de celles de santé* », par exemple en abolissant l'obligation pour les professionnels de santé de déclarer les immigrés en situation irrégulière.

---

[146] Committee on economic, social and cultural rights. Issues Concluding Observations and Recommendations on Reports of Slovakia, Peru, New Zealand, Spain and Ethiopia, 18 May 2012. www.unog.ch/80256EDD006B9C2E/ %28httpNewsByYear_en %29/C2126B1B80ACCE10C1257A020032D5C3?OpenDocument , dernière consultation le 31 mars 2014.

[147] Muiznieks N. *Greece must curb hate crime and combat impunity. Report following his visit to Greece from 28 January to 1 February 2013*. Strasbourg: Commissioner for Human Rights, April 2013.

[148] Muiznieks N. *Report following his visit to Spain from 3 to 7 June 2013*. Strasbourg: Commissioner for Human Rights, October 2013.

En novembre 2013, la Commission parlementaire sur les migrations, les réfugiés et les personnes déplacées a demandé aux États membres de garantir l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH, dénonçant fermement le mythe du tourisme de prestations de santé[149]. La Commission a exprimé sa préoccupation face au dépistage obligatoire du VIH. En outre, **la Commission a considéré qu'un migrant vivant avec le VIH *« ne devrait jamais être expulsé s'il apparait clairement qu'il ne recevra pas les soins de santé et l'assistance nécessaires dans le pays vers lequel il est renvoyé[150]. Le fait d'expulser cette personne reviendrait à la condamner à mort ».***

En janvier 2014, le Comité européen des Droits sociaux du Conseil de l'Europe a publié ses conclusions par pays. Le Comité a averti que l'exclusion des immigrés adultes sans papiers des soins de santé (décret-loi 16/2012 en Espagne) est contraire à l'article 11 de la Charte, qui stipule que « *toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre.* »

« Le Comité a affirmé que les États Parties à la Charte ont des obligations positives en matière d'accès aux soins de santé à l'égard des migrants, quelle que soit leur situation administrative. […] La crise économique ne doit pas se traduire par une baisse de la protection des droits reconnus par la Charte. Les gouvernements se doivent dès lors de prendre toutes les mesures nécessaires pour faire en sorte que les droits de la Charte soient effectivement garantis au moment où le besoin de protection se fait le plus sentir. »

Les institutions de l'Union européenne

En 2011, **l'Agence des droits fondamentaux (FRA)** de l'UE a publié « L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne. » La FRA a formulé un avis selon lequel les migrants en situation irrégulière doivent, au minimum, être autorisés par la loi à recourir aux soins de santé nécessaires. De telles dispositions ne doivent pas se limiter aux soins d'urgence mais doivent également inclure d'autres formes de soins de santé essentiels tels que les soins prénataux, nataux et postnataux, les soins pour les enfants, les soins psychologiques et les soins pour les pathologies chroniques[151].

En juillet 2013, une large majorité du **Parlement européen** (PE) a voté en faveur d'une résolution « sur l'impact de la crise en ce qui concerne l'accès aux soins des groupes vulnérables » (2013/2044(INI)), rappelant que les valeurs fondamentales de l'UE doivent être respectées même en temps de crise. Et pourtant « *les groupes les plus vulnérables sont touchés de manière disproportionnée par la crise actuelle.* » Le PE reconnait que « *les groupes qui présentent plusieurs facteurs de vulnérabilité, tels que les Roms, les personnes sans permis de séjour valide ou les personnes sans abri, risquent encore plus de rester en dehors des campagnes de prévention des risques, de tests et de traitement.* » Le PE a enjoint à la Commission et aux États membres de ne pas se concentrer uniquement sur la viabilité financière des

[149] Projet de résolution adopté par la Commission le 20 novembre 2013 : La lutte contre le sida auprès des migrants et des réfugiés (voir http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=20322&lang=fr, dernière consultation le 31 mars 2014)

[150] Les soins de santé adaptés dans le pays d'origine « devrait être évalué[s] selon la disponibilité géographique et financière du traitement pour la personne concernée dans l'Etat donné. Il convient d'accorder une attention particulière à l'accessibilité d'un traitement continu et de soins de suivi spécialisés (par exemple disponibilité suffisante, tant sur le plan de la quantité que de la qualité, de médecins et de structures de soins spécialisés dans le traitement du VIH ainsi que les analyses sanguines et autres équipements nécessaires). L'absence ou l'existence d'un traitement doit également être évaluée compte tenu de l'état de santé particulier du demandeur (progression de la maladie, complications). »

[151] European Union Agency for fundamental rights. *Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States*. Vienna: FRA, 2011.

systèmes de sécurité sociale mais à tenir aussi compte des incidences sociales des mesures d'austérité. Le Parlement estime que ***« laisser les personnes vulnérables sans accès aux prestations de soins de santé et autres soins constitue une mauvaise économie, étant donné que cela pourrait avoir une incidence négative à long terme sur les coûts des soins de santé et la santé personnelle et publique ».***

Concernant la Troïka, en mars 2014, le Parlement a critiqué le fait que « *parmi les conditions d'octroi d'une aide financière, des recommandations liées à des réductions précises des dépenses sociales réelles dans des domaines fondamentaux, tels que les retraites, les services de base, les soins de santé et, parfois, les produits pharmaceutiques de base à destination des plus vulnérables [...]*[152]. » Le Parlement a enjoint la Commission et les États membres à « *ne pas considérer les dépenses en matière de santé publique et d'éducation comme étant susceptibles de faire l'objet de coupes, mais comme des investissements publics dans l'avenir du pays, lesquels doivent être honorés et augmentés afin de soutenir la reprise économique et sociale.* »

Lors d'une table ronde de Médecins du monde au Parlement européen (Impact de la crise sur l'accès aux soins de santé pour les femmes et les enfants) en novembre 2013, le Secrétaire général du Parti populaire européen Antonio LÓPEZ-ISTÚRIZ a déclaré : ***« il existe des cas où les personnes viennent et ont véritablement besoin de services de santé et se les voient refuser. Or, ces gens qui n'ont ni les moyens ni de couverture santé, qu'ils soient en situation irrégulière ou régulière, devraient avoir accès à des soins de santé gratuits et universels, et c'est ce que nous devons maintenir dans l'ensemble de l'UE. [...] Les femmes enceintes et les enfants doivent bien entendu avoir un accès immédiat aux soins de santé ».***

Dans le cadre du suivi de l'implémentation de la Déclaration de Dublin sur le Partenariat pour lutter contre le VIH/Sida en Europe et en Asie central de 2004, le **European Centre for Disease Prevention and Control** (ECDC) a explicité recommandé aux Etats membres de garantir un accès universel aux soins préventifs et curatifs de l'infection à VIH, y compris aux prisonniers, aux utilisateurs de drogues intraveineuses, aux hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes, aux travailleurs du sexe et aux migrants sans autorisation de séjour[153].

En mars 2014, à l'occasion de la Journée internationale pour l'élimination de la discrimination raciale, les directions de trois institutions des droits humains[154] ont déclaré ensembles : « Lorsque les dirigeants s'élèvent contre les crimes de haine, c'est un message rassurant fort aux communautés touchées. Les dirigeants politiques jouent également un rôle essentiel dans l'élaboration de politiques visant à contrer les crimes de haines. D'abord, il leur faut mettre en place un système de signalement et de l'enregistrement des incidents racistes, mettant ainsi à disposition des décideurs politiques les informations dont ils ont besoin pour mettre en place des réponses solides et efficaces ».

---

[152] Commission de l'emploi et des affaires sociales. *Rapport sur l'emploi et les aspects sociaux du rôle et des opérations de la Troïka (BCE, Commission et FMI) dans les pays du programme de la zone euro (2014/2007(INI))* Strasbourg : Parlement européen (séance plenière), 20/02/2014.

[153] Voir la collection des rapports de l'ECDC accessible à: http://ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/hash/Pages/monitoring-dublin-declaration.aspx (dernière consultation le 16 avril 2014).

[154] Ambassadeur Janez Lenarčič, Directeur du Bureau de l'OSCE pour les Institutions démocratiques et les droits de l'Homme (ODIHR), Christian Ahlund, Président de la Commission contre le racisme et l'intolérance du Conseil de l'Europe (ECRI) et Morten Kjaerum, Directeur de l'Agence des droits fondamentaux de l'UE (FRA).

Conclusion

Ce cinquième rapport de l'Observatoire du réseau international de Médecins du monde met une fois de plus en lumière les graves difficultés d'accès aux soins des populations le plus souvent invisibles dans les statistiques de santé, celles qui sont au quotidien confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité : logements indignes, manque de ressources financières, isolement, confrontation à de multiples violences, instabilité administrative... celles dont on devrait prendre encore plus soin que le reste de la population et qui sont pourtant exclues des systèmes de soins de droit commun et s'adressent à nos structures.

Nos observations révèlent ainsi que trois quarts des femmes enceintes rencontrées dans nos programmes n'ont pas accès au suivi prénatal : 84% n'ont pas de couverture maladie en Europe, 95% au Canada et 100% en Turquie alors qu'aucune d'entre elles n'a les moyens financiers de payer pour un tel suivi...

Les enfants ne sont pas mieux traités puisqu'on constate qu'entre la moitié et les trois quarts d' entre eux n'ont pas eu accès aux vaccinations.

En Belgique, en Grèce et en Turquie, des bébés dont les parents n'avaient pas pu payer l'accouchement se sont vus refuser des certificats de naissance, les laissant ainsi sans existence légale.

Les droits fondamentaux de ces femmes et de ces enfants ne sont pas respectés alors même qu'il s'agit des plus pauvres, des plus vulnérables et des plus en danger.

Les personnes que nous accueillons dans nos centres socio-sanitaires consultent souvent trop tard (30%), après avoir essuyé des refus de soins (17%) et ne connaissent ni le système de santé du pays hôte, ni leurs droits. En Europe, seuls 2,3% d'entre eux citent la santé parmi les raisons de la migration (et pratiquement aucun au Canada et en Turquie). Une fois de plus nous démontrons combien les discours sur le soi disant « tourisme sanitaire » sont dénués de fondement concernant les populations les plus vulnérables.

Il faut d'urgence que les Etats respectent leurs engagements pour la protection de la santé des mères et des enfants, que les professionnels de santé se mobilisent, que les institutions internationales fassent pression pour que l'accès aux soins des femmes enceintes et des enfants devienne immédiatement une réalité.

Les politiques de santé ne doivent pas constituer des outils de régulation des flux migratoires. Cela va à l'encontre des recommandations des institutions sanitaires européennes et internationales. Les médecins doivent s'opposer à cette instrumentalisation qui foule au pied leur déontologie et leur éthique professionnelle.

La lente destruction des systèmes de santé solidaires à l'œuvre en Espagne, en Grèce ou au Royaume Uni a des conséquences plus visibles d'année en année. Les restrictions à l'accès aux soins sous prétexte de crise économique ou du poids des migrations sont des calculs à court terme. Ils impactent négativement la santé de tous et en premier des personnes qu'il faudrait protéger en priorité. Ces restrictions et ces stigmatisations aux dépens des plus vulnérables ne peuvent que se révéler coûteuses, humainement, financièrement et politiquement, à moyen terme.

Nous plaidons, au contraire, pour des systèmes de santé universels, équitables et accessibles à tous, sans distinction ni discrimination.

Table des figures et tableaux

Figure 1. Proportion de femmes par pays d'enquête. 19
Figure 2. Distribution de la population par classe d'âge. 20
Figure 3. Origine géographique des femmes enceintes dans les deux populations analysées. 22
Figure 4. Fréquence des soins jugés urgents par les médecins (à la première consultation). 26
Figure 5. Taux de données manquantes des questions sur la vaccination chez les mineurs par pays d'enquête : l'exemple du tétanos (les effectifs de répondants sont données entre parenthèses). 31
Figure 6. Couverture vaccinale contre le tétanos des mineurs. 32
Figure 7. Couverture vaccinale contre l'hépatite B des mineurs. 33
Figure 8. Couverture vaccinale ROR des mineurs. 34
Figure 9. Couverture vaccinale contre la coqueluche des mineurs. 34
Figure 10. Connaissance des lieux de vaccination (chez/pour les mineurs). 35
Figure 11. Proportion de femmes par pays d'enquête. 36
Figure 12. Proportion de la population totale née à l'étranger ou étrangère par pays en 2010. 37
Figure 13. Régions du monde d'origine des patients. 39
Figure 14. Proportion de nationaux et d'immigrés dans les cinq centres grecs. 41
Figure 15. Taux de données manquantes pour les deux questions de durée de séjour. 42
Figure 16. Proportion de patients vivant dans un logement instable ou temporaire par pays. 45
Figure 17. Proportion de patients vivant dans un logement qu'ils jugent néfaste pour leur santé ou celle de leurs enfants, par pays. 46
Figure 18. Type de logement par pays et par sexe. 47
Figure 19. Proportions de patients concernés par une demande d'asile par pays. 50
Figure 20. Situation des demandeurs d'asile (en début de suivi). 51
Figure 21. Proportion de patients exerçant une activité par pays. 51
Figure 22. Proportion de patients sous le seuil de pauvreté par pays. 52
Figure 23. Distribution des fréquences de soutien émotionnel par pays. 53
Figure 24. Soutien émotionnel par sexe. 54
Figure 25. Zone géographique d'origine des victimes de violence (dans les 8 pays d'Europe de l'enquête). 57
Figure 26. Fréquence des violences par sexe (chez les patients interrogés à ce sujet dans les 8 pays d'Europe de l'enquête). 58
Figure 27. Etat de santé perçu chez les victimes de violence comparé à celui des patients ne rapportant aucune violence (parmi la population interrogée à ce sujet dans les 8 pays d'Europe de l'enquête). 59
Figure 28. Proportion des expériences de violence rapportées aux différents moments de la migration (dans les 8 pays d'Europe de l'enquête). 60
Figure 29. Fréquence des violences aux différents moments de la migration (dans les 8 pays d'Europe de l'enquête). 61
Figure 30. Fréquence des obstacles à l'accès aux soins dans les 8 pays d'Europe. 64
Figure 31. Taux de renoncement aux soins par pays. 66
Figure 32. Proportion de patients ayant été victimes de racisme dans une structure de soins au cours des 12 derniers mois, par pays. 67
Figure 33. Taux de refus de soins au cours des 12 derniers mois, par pays. 68
Figure 34. Etat de santé ressenti par pays. 69

Figure 35. Proportion des adultes de la population générale se déclarant en bonne ou très bonne santé par pays en 2011. 70
Figure 36. Etat de santé physique ressenti par pays. 71
Figure 37. Etat de santé psychologique ressenti par pays. 71
Figure 38. Proportion de patients ayant au moins une maladie aigüe, par pays. 72
Figure 39. Proportion de patients ayant au moins une maladie chronique, par pays. 73
Figure 40. Proportion de patients avec au moins un traitement nécessaire ou au moins un traitement accessoire, par pays. 74
Figure 41. Proportion de patients avec un problème de santé jamais suivi ou jamais traité avant de consulter MdM pour la première fois, par pays 75
Figure 42. Proportion de patients nécessitant un traitement et non suivis avant de s'adresser à MdM. 76
Figure 43. Proportion de patients ayant au moins une maladie chronique non suivie avant de s'adresser à MdM. 76
Figure 44. Proportion de patients qui n'étaient pas suivis avant de s'adresser à MdM parmi les personnes souffrant de maladie chronique. 77
Figure 45. Proportions de patients immigrés avec au moins un problème de santé connu avant la migration 78
Figure 46. Distribution des consultations médicales par type d'appareil concerné (dans les huit pays européens) 79
Figure 47. Séroprévalence du VHC dans les différentes populations analysables par pays 85
Figure 48. Proportions de séropositifs au VHC parmi les personnes connaissant leur statut par pays. . 85
Figure 49. Statut sérologique VHC par pays (en proportion de l'ensemble des patients reçus par pays). 86
Figure 50. Proportions de séropositifs au VHB parmi les personnes connaissant leur statut par pays. . 87
Figure 51. Statut sérologique VHB par pays (en proportion de l'ensemble des patients reçus par pays). 88
Figure 52. Statut sérologique VHB par pays (en proportion de l'ensemble des patients reçus par pays). 89
Figure 53. Séroprévalence du VHB dans les différentes populations par pays. 90
Figure 54. Proportions de séropositifs au VIH parmi les personnes connaissant leur statut par pays. .. 91
Figure 55. Statut sérologique VIH par pays (en proportion de l'ensemble des patients reçus par pays). 92
Figure 56. Séroprévalence du VIH dans les différentes populations analysables par pays 93
Figure 57. Taux de données manquantes concernant les souhaits et connaissances en matière de dépistage du VIH, VHB et/ou VHC. 94
Figure 58. Proportion de patients souhaitant bénéficier de l'un ou l'autre des dépistages VIH, VHB ou VHC. 94
Figure 59. Proportion de patients qui savent où aller se faire dépister pour l'une ou l'autre des 3 viroses. 95
Figure 60. "Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez la tuberculose ?". 96
Figure 61. Proportion de patients mineurs (<18 ans) par centre. 102
Figure 62. Nationalités par centre. 103
Figure 63. Statut vaccinal par centre. 107
Figure 64. Statuts VIH par centre. 108

Figure 65. Statuts VHC par centre. 108
Figure 66. Statuts VHB par centre. 108
Figure 67. Fréquence des violences rapportées par centre. 109
Figure 68. Périodes de survenue des violences dans la trajectoire de migration, par centre (parmi les cas rapportés de chaque type de violence). 110

Tableau 1. Nombre de patients et périodes d'enquête par pays. 19
Tableau 2. Distribution de l'âge des patients : moyenne, médiane, étendue et interquartile par pays, en années. 20
Tableau 3. Effectifs des femmes enceintes par pays et proportion parmi l'ensemble des femmes. 21
Tableau 4. Situation administrative des femmes enceintes rencontrées dans les huit pays européens. 23
Tableau 5. Prise charge des soins médicaux chez les femmes enceintes et les femmes en général dans les programmes des 8 pays européens. 25
Tableau 6. Effectifs des mineurs par pays et proportion parmi l'ensemble des patients reçus. 30
Tableau 7. Estimation des différentes populations de migrants dans le Monde 37
Tableau 8. Dix premières nationalités les plus fréquemment relevées, par pays 40
Tableau 9. Distribution de l'ancienneté de séjour des non nationaux (à partir de la dernière entrée la plus récente) : moyenne, médiane, étendue et interquartile par pays, en mois. 42
Tableau 10. Raisons de migration par pays. 43
Tableau 11. Statut administratif par pays. 48
Tableau 12. Couverture des dépenses de santé par pays. 62
Tableau 13. Obstacles à l'accès aux soins par pays. 65
Tableau 14. Fréquence des troubles psychologiques par sexe (en % des 17 022 consultations médicales). 80
Tableau 15. Diagnostics rapportés par ordre décroissant de fréquence (en % des 17 022 consultations médicales). 81
Tableau 16. Effectifs en Grèce 100
Tableau 17. Nombre de visites par centre. 101
Tableau 18. Raisons de venue par centre (en % de visite) 101
Tableau 19. Distribution par genre et par centre. 101
Tableau 20. Distribution des âges par centre. 102
Tableau 21. Origines géographiques par centre 103
Tableau 22. Détail des nationalités par centre. 104
Tableau 23. Caractéristiques vaccinales par centre. 106

MAI 2014

Auteurs

Pierre CHAUVIN
Médecin et épidémiologiste, Directeur de recherche à l'Inserm, Equipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES), Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (Inserm-Sorbonne Universités UPMC)

Nathalie SIMONNOT
Réseau international de Médecins du monde

Caroline DOUAY
Réseau international de Médecins du monde

Frank VANBIERVLIET
Réseau international de Médecins du monde

Avec la participation de

Eva AGUILERA
Chema ATIENZA
Jean-François CORTY
Janine DERRON
Ramon ESTESO
Luc EVRARD
Agnès GILLINO
Nathalie GODARD
Stéphane HEYMANS
Lucy JONES
Margreet KROESEN
Olivier LEBEL
Liana MAILLI
Victor MENDELGWAIG
Maria MELCHIOR
Christina PSARRA
Begoña SANTOS OLMEDA
Sabrina SCHMITT
Elena URDANETA

©Giorgos Moutafis, Dr Liana Mailli vaccine un enfant à la polyclinique de Perama, MdM Grèce, 2013

Allemagne / Ärzte der Welt	**www.aerztederwelt.org**
Belgique / Dokters van de Wereld	**www.doktersvandewereld.be**
Belgique / Médecins du monde	**www.medecinsdumonde.be**
France / Médecins du monde	**www.medecinsdumonde.org**
Canada / Médecins du monde	**http://www.medecinsdumonde.ca**
Espagne / Médicos del Mundo	**www.medicosdelmundo.org**
Grèce / Giatri Tou Kosmou	**www.mdmgreece.gr**
Pays-Bas / Dokters van de Wereld	**www.doktersvandewereld.org**
Portugal / Médicos do Mundo	**www.medicosdomundo.pt**
Royaume-Uni / Doctors of the World	**www.doctorsoftheworld.org.uk**
Suède / Läkare i Världen	**www.lakareivarlden.org**
Suisse / Médecins du monde	**www.medecinsdumonde.ch**

Les documents et informations sur le programme européen sont en ligne à : www.mdmeuroblog.wordpress.com