

Rapport de l'Observatoire de 2017

LES LAISSÉS POUR COMPTE :

L'échec de la couverture santé
universelle en Europe

EUROPEAN
NETWORK
TO REDUCE
VULNERABILITIES
IN HEALTH



UCL





REMERCIEMENTS

Nous souhaitons tout d'abord exprimer notre profonde reconnaissance à tou.te.s les patient.e.s qui ont généreusement donné de leur temps pour discuter avec nous et répondre à nos questions. Ce rapport n'aurait en outre pas pu exister sans la contribution des coordinateur.trices et des équipes de bénévoles et de salarié.e.s des divers programmes de Mdm et partenaires. Nous tenons à souligner le rôle crucial qu'ils et elles ont joué.

Ce travail a reçu le soutien du Programme européen pour l'intégration et la migration (EPIM) – une initiative conjointe du Réseau des fondations européennes (NEF) et de la Commission européenne – Direction générale santé et sécurité alimentaire/Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation (CHAFEA), dans le cadre d'une subvention du Programme de santé (2014-2020) de l'Union européenne.

Les auteurs de ce rapport sont pleinement responsables de son contenu, qui ne reflète que leur opinion. Il ne prétend pas refléter l'opinion de la Commission européenne – Direction Générale santé et sécurité alimentaire ni/ou du CHAFEA, de l'EPIM–NEF, des fondations partenaires ou de toute autre instance de l'Union européenne. La Commission européenne et le CHAFEA déclinent toute responsabilité quant à l'usage qui pourrait être fait des informations qu'il contient.

Dans ce rapport, le terme « migrant.e.s UE/EEE » désigne les citoyen.ne.s des États au sein du marché unique européen – États membres de l'Union européenne, Espace économique européen et la Suisse – vivant sur le territoire d'un autre État au sein de l'UE ou de l'EEE, ou en Suisse. « Migrant.e.s hors EU/EEE » désigne les personnes non ressortissantes d'un État au sein de l'UE ou de l'EEE, ou de la Suisse.



TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE	6
2016 EN CHIFFRES	7
RECOMMANDATIONS	8
<hr/>	
RAPPORT DE L'OBSERVATOIRE 2017	11
Structure	11
Programmes participant à l'enquête	12
<hr/>	
LE CONTEXTE POLITIQUE : LA SANTÉ ET LA SOLIDARITÉ EN EUROPE	13
<hr/>	
LE CONTEXTE JURIDIQUE : CHANGEMENTS LÉGISLATIFS RÉCENTS	15
<hr/>	
CEUX ET CELLES QUE NOUS AVONS RENCONTRÉ.E.S	16
Données démographiques	16
Pays d'origine	19
<hr/>	
VULNÉRABILITÉS EN SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS	21
Vulnérabilités matérielles	21
Vulnérabilités psychosociales	24
Vulnérabilités politiques	28
<hr/>	
ACCÈS AUX SOINS	31
Couverture santé	32
Obstacles à l'accès aux soins	32
<hr/>	
PROBLÈMES ET ÉTAT DE SANTÉ	35
Pathologies communes	35
État de santé perçu	38
Santé publique	40
Soins prénataux	42
<hr/>	
CONCLUSION	44
Synthèse des principaux constats	44
La couverture santé universelle requiert plus qu'une couverture santé « d'urgence	45
Approches progressives de la santé publique	46
La santé : un instrument du contrôle de l'immigration	46
Asile et soins de santé	47
<hr/>	
METHODOLOGIE ET LIMITES	48
<hr/>	
CONTRIBUTIONS ET ABBREVIATIONS	50

SYNTHÈSE

Le Rapport de l'Observatoire décrit la situation actuelle de ceux et celles qui passent entre les mailles du filet des systèmes de santé européens et appelle les parties prenantes aux niveaux international, européen et national à faire de la couverture santé universelle une priorité.

Les témoignages et données recueillis auprès de 43 286 bénéficiaires de programmes menés par Médecins du Monde (MdM)/Doctors of the World (DoW) et des organisations non gouvernementales (ONG) partenaires dans toute l'Europe offrent une vision rare et percutante de la situation de ceux et celles qui sont exclu.e.s des services de soins de santé, ainsi que de leurs besoins en la matière. Ils permettent de déterminer les mesures à entreprendre afin que chaque personne ait accès aux soins de santé en temps voulu.

L'agenda à l'échelle internationale est sans équivoque : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation des Nations Unies (ONU) exhortent tous les gouvernements à établir une couverture universelle.¹⁻² Malgré tout, la moitié des personnes que nous avons interrogées ont déclaré ne pas avoir de couverture santé et près d'une personne sur cinq n'a accès aux soins que lorsque cela représente une urgence.

Nombre des personnes rencontrées avaient désespérément besoin d'être prises en charge : certaines souffraient de pathologies aiguës ou chroniques mais n'avaient pu consulter, tandis que plus de la moitié des femmes enceintes n'avait pas accès aux services de soins prénataux. De nombreux patient.e.s ont signalé une détérioration de leur santé mentale et la couverture vaccinale des enfants était inférieure aux niveaux prescrits.

Nous avons reçu dans le cadre de nos programmes un large éventail de patient.e.s exclu.e.s des services de soins de santé, dont près d'un quart était des enfant.e.s. La majorité d'entre eux.elles étaient des migrant.e.s en provenance d'États hors de l'UE/EEE, en particulier de Syrie. Notre étude a également démontré que les ressortissant.e.s et les migrant.e.s de l'UE/EEE accèdent difficilement aux systèmes de santé européens.

Beaucoup vivaient dangereusement, dans des conditions néfastes pour leur santé, leur bien-être et leur capacité à accéder aux soins. Une majorité écrasante vivaient dans la pauvreté et près qu'un quart était sans abri ou vivait dans des refuges, des camps, des bidonvilles, des squats ou des hôtels. Sans surprise, près de deux personnes sur cinq ont déclaré ne pas avoir les moyens de payer les soins.

Tous et toutes sont victimes de l'exclusion sociale. Plus d'un tiers ne bénéficie pas de soutien pour la satisfaction de leurs besoins et la moitié fait face à des barrières au niveau de la langue. Ceci explique que seulement un cinquième ait réussi à se frayer un chemin à travers les procédures pour accéder aux soins nécessaires.

De nombreuses personnes ont dû faire face à une forte pression émotionnelle : certaines fuyaient la guerre et les conflits, d'autres, la persécution en raison de leurs opinions politiques ou religieuses, de leurs origines/leur appartenance ethnique ou leur orientation sexuelle. Près de deux tiers d'entre elles ont été séparées de leurs enfants (mineur.e.s de moins de 18 ans), tandis que la moitié des personnes ont témoigné des violences qu'elles ont subies.

1. Organisation mondiale de la Santé. « Couverture universelle sanitaire ». Systèmes de Santé, 2017 (consulté le 22 septembre 2017, http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/fr/).

2. Organisation des Nations Unies. « Objectif 3 de développement durable : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Plateforme de connaissances sur le développement durable, 2017 (consulté le 22 septembre 2017, <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>).

2016 EN CHIFFRES

CEUX ET CELLES QUE NOUS AVONS RENCONTRÉS

- 22,2 % (9 626/43 286) des patient.e.s étaient des enfants mineur.e.s de moins de 18 ans, dont 8,3 % âgés de moins de 5 ans (3 578/43 286), et 2,3 % des patient.e.s étaient des adultes de 70 ans et plus (988/43 286).
- 79,1 % des patient.e.s étaient des migrant.e.s hors UE/EEE (34 227/43 286), 12,1 % étaient des ressortissant.e.s nationaux.ales (5 227/43 286) et 7,5 % étaient des migrant.e.s UE/EEE (3 257/43 286).
- Le premier pays d'origine parmi les migrant.e.s est la Syrie (13,0 %, 5 613/43 286), suivi par l'Afghanistan (11,3 %, 4 874/43 286).

VULNÉRABILITÉS EN SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS

- Une majorité écrasante, 89,0 % des personnes, vivait sous le seuil de pauvreté dans le pays où nous les avons rencontrées (6 725/7 560).
- 23,8 % (1 954/8 197) des personnes vivaient dans des conditions précaires, dont 11,9 % (976/8 197) de personnes sans abri ou vivant dans des centres d'hébergement d'urgence, 2,1 % vivant dans des camps ou des bidonvilles (173/8 197), 1,7 % dans des squats (141/8 197) et 7,1 % hébergées par des associations ou des hôtels (581/8 197). Le nombre de personnes sans abri donné par les migrant.e.s UE/EEE était supérieur (26,7 %).
- 38,9 % ont signalé ne pas bénéficier d'un réseau social fiable (2 500/6 421), dont 12,0 % (769/6 421) ne pouvant recourir à l'aide, au soutien ou au réconfort de personne dans la ville où elles se trouvent.
- 61,7 % (1 496/2 425) ont été séparées de leurs enfants âgés de moins de 18 ans (5,9 % ont été séparées de plusieurs de leurs enfants et 55,8 %, de tous).
- 56,2 % des migrant.e.s hors UE/EEE ont parlé en consultation d'actes de violence (8 857/15 749).

Interrogé.e.s sur les raisons qui les ont poussés à quitter leur pays d'origine, 18,0 % des réponses des migrant.e.s hors UE/EEE ont mentionné la discrimination sur la base de leurs opinions politiques ou religieuses, de leurs origines/leur appartenance ethnique ou leur orientation sexuelle (799/4 441), 14,1 % mentionnaient vouloir fuir la guerre ou des conflits (628/4 441) et 5,6 %, les conflits familiaux (248/4 441).

49,7 % disposaient d'une autorisation pour résider dans leur pays d'arrivée (4 882/9 823).

- 49,7 % des migrant.e.s hors UE/EEE en situation irrégulière ont limité leurs mouvements par peur d'être arrêté.e.s (684/1 377).

ACCÈS AUX SOINS

- La majorité des personnes, 55,2 %, a déclaré bénéficier d'une couverture santé (5 582/10 120) et 18,3 % (1 847/10 120), d'une couverture pour les soins d'urgence.
- Sur les entraves à l'accès aux soins, 18,9 % des réponses indiquaient que la personne n'avait pas tenté d'accéder aux services de santé (1 734/9 184), 17,0 % signalaient des obstacles administratifs (1 558/9 184), 16,3 % des obstacles économiques (1 493/9 184) et 2,2 % (205/9 184) ne pas avoir eu recours à ces services par peur d'être arrêtées.

ÉTAT DE SANTÉ

- Les principales pathologies chroniques étaient cardiovasculaires (19,9 %, 1 945/9 774), squelette-musculaires (13,2 %, 1 293/9 774), digestives (12,2 %, 1 191/9 774), endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (11,6 %, 1 133/9 774), et psychologiques (10,0 %, 975/9 774). La part des maladies chroniques est plus élevée chez les ressortissant.e.s nationaux.ales (71,0 %).
- Les principales pathologies aiguës étaient respiratoires (19,4 %, 1 639/8 435), digestives (16,0 %, 1 347/8 435), squelette-musculaires (13,5 %, 1 137/8 435) et dermatologiques (13,4 %, 1 128/8 435).
- La majorité des femmes enceintes n'ont pas eu accès aux soins prénataux avant de bénéficier de nos programmes (58,4 %, 215/368).
- 42,3 % des pathologies de grossesse aiguës ont été signalées par des migrantes UE/EEE (161/381).
- 14,9 % ont dit avoir une « mauvaise » santé mentale (1 122/7 515) et 5,8 % l'ont qualifiée de « très mauvaise » (433/7 515). Ce « très mauvais » état de santé mentale était plus répandu chez les ressortissant.e.s nationaux.ales (11,2 %, 101/906).

22,2%

des patient.e.s étaient des enfants mineur.e.s de moins de 18 ans, dont 8,3 % âgés de moins de 5 ans (3 578/43 286).

89%

L'écrasante majorité des personnes vivait sous le seuil de pauvreté dans le pays où nous les avons rencontrées (6 725/7 560).

55,2%

La majorité des personnes, 55,2 %, a déclaré bénéficier d'une couverture santé (5 582/10 120) et 18,3 % (1 847/10 120), d'une couverture pour les soins d'urgence.

RECOMMANDATIONS

Toute personne doit bénéficier d'un accès équitable à la couverture santé, quel que soient son statut ou ses ressources.

La couverture universelle nécessite des services de santé disponibles, accessibles, satisfaisants et de qualité, conformément au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR, 1966),³ aux Objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies⁴ et aux ambitions de l'OMS.⁵

POUR LA SANTÉ ET LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

Les États membres doivent garantir la couverture santé universelle à toute personne résidant sur leur territoire, quel que soit son statut.

Institutions européennes

- Promouvoir le socle européen des droits sociaux⁶ à travers de nouvelles initiatives législatives, visant à garantir l'accès à la protection sociale, notamment à des « soins de santé préventifs et curatifs abordables et de qualité », conformément aux recommandations de la Commission européenne.⁷

Gouvernements nationaux

- Respecter les engagements internationaux pour « le plein exercice du droit à la santé pour tous » (Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966)⁸ et la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies, y compris le droit de « jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation », et « assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ».⁹

- S'engager solennellement à établir une couverture santé universelle, conformément à l'ODD 3 et aux priorités de l'OMS.

- Prendre les mesures préconisées par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans ses *Observations finales*.¹⁰

POUR L'ACCÈS AUX SOINS

Les politiques nationales de santé publique doivent être progressistes, équitables, basées sur des preuves et inclure des soins prénatals et postnatals accessibles, abordables et de qualité, la vaccination, des traitements et la promotion de la santé.

Institutions européennes

- Continuer à financer la coopération entre États membres et la recherche en matière de santé publique, d'inégalités de santé et de systèmes de santé, afin de mettre en œuvre des solutions basées sur des preuves, visant à aider l'adoption des mesures.

Gouvernements nationaux

- Prendre des initiatives favorables à l'élimination des barrières administratives et de la discrimination au sein des services de santé, et à une meilleure connaissance des droits chez les patient.e.s et professionnel.le.s de santé : campagnes d'information, formation des équipes en première ligne, etc.
- Développer le travail de proximité afin d'étendre la couverture au niveau communautaire et aux personnes exclues, notamment à travers la présence de médiateur.trices au sein des services de santé.
- Renforcer les soins de première nécessité grâce à une approche médicale, sociale et psychologique intégrée.

POUR LA PROTECTION SOCIALE ET LES CONDITIONS ÉCONOMIQUES

Améliorer la protection sociale et les conditions économiques sont indispensables à l'élimination de la pauvreté, à la promotion du bien-être et à la réduction des inégalités.

Institutions européennes

- Promouvoir le socle européen des droits sociaux à travers de nouvelles initiatives législatives garantissant l'accès à la protection sociale. Il revient au Parlement européen de voter de nouvelles directives pour l'intégration dans le droit national des États membres des recommandations de la Communication COM (2017)¹¹ 2600 relative au socle européen, en particulier la recommandation « 16. Soins de santé. Toute personne a le droit d'accéder en temps utiles à des soins de santé préventifs et curatifs abordables et de qualité ».
- Proposer une stratégie de mise en œuvre et de suivi intégrant toutes les agences concernées par les ODD 1, 10 et 11.

Gouvernements nationaux

- Approuver et présenter le socle européen des droits sociaux lors du prochain sommet social européen, notamment la protection sociale et l'intégration.
- Mettre un terme aux réductions des prestations de sécurité sociale et apporter un soutien financier minimum, en vue de respecter l'obligation des ODD 1 et 10 : éliminer la pauvreté partout et sous toutes ses formes.
- Offrir des logements sûrs et appropriés à tous et toutes, conformément à l'ODD 11.
- Combattre l'exclusion sociale, la discrimination et les inégalités à travers une offre de services et des partenariats avec des ONG et organisations communautaires.

3. OHCHR. « Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. » 1966 (consulté le 29 septembre 2017, <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>).

4. Organisation des Nations Unies. « Objectif 3 de développement durable : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Plateforme de connaissances sur le développement durable, 2017 (consulté le 22 septembre 2017, <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>).

5. Organisation mondiale de la Santé. « Couverture universelle sanitaire ». Systèmes de Santé, 2017 (consulté le 22 septembre 2017, http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/fr/).

6. Commission européenne. « Les vingt principes clés du socle européen des droits sociaux. » 2017 (consulté le 29 septembre 2017, https://ec.europa.eu/commission/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_fr).

7. Commission européenne. « Proposition de proclamation interinstitutionnelle sur le socle européen des droits sociaux. » COM(2017) 251 final, 2017 (consulté le 29 septembre 2017, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM:2017:251:FIN>).

8. OHCHR. « Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. » 1966 (consulté le 29 septembre 2017, <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>).

9. OHCHR. « Convention relative aux droits de l'enfant. » 1989 (consulté le 10 octobre 2017, <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>).

10. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. « Observations finales » OHCHR, 2017 (consulté le 29 septembre 2017, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=fr&TreatyID=9&DocTypeID=5).

11. Commission européenne. « COMMISSION RECOMMENDATION of 26.4.2017 on the European Pillar of Social Rights » 2017 (consulté le 10 septembre 2017, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=17625&langId=en>).



POUR LES RÉFUGIÉ.E.S ET LES MIGRANT.E.S

Le principe de la couverture santé universelle et équitable doit s'appliquer à toutes les personnes résidant de facto sur un territoire, quel que soit leur statut.

Institutions européennes

- La prochaine réforme du régime d'asile européen commun¹² doit inclure une disposition pour la régularisation des ressortissant.e.s de pays tiers gravement malades, ainsi que pour les protéger de l'expulsion lorsqu'un accès aux soins effectif et adéquat ne peut être garanti sur le territoire vers lequel ils.elles sont envoyé.e.s.

Conseil de l'Europe

- Réaffirmer une prise de position claire concernant la protection du secret médical et de la confidentialité médecin-patient.e. Les objectifs des politiques d'immigration ne doivent pas avoir d'effets néfastes pour les professionnels de santé, les services et les dossiers médicaux.

Nations Unies

- Le Pacte mondial sur les réfugié.e.s¹³ et le Pacte mondial sur les migrations¹⁴ doivent tous deux inclure les principes de l'accès universel aux soins, ainsi que les engagements des États membres des Nations Unies à permettre aux réfugié.e.s et migrant.e.s d'accéder à la couverture santé, et à ne pas limiter l'accès aux services publics en vue de dissuader les personnes de migrer ou de demander l'asile.
- Le Pacte mondial sur les réfugié.e.s et le Pacte sur les migrations doivent orienter les États membres afin qu'ils prennent des initiatives concrètes en faveur de la sécurisation des routes migratoires et des voies d'immigration légales, ainsi que s'assurer que chaque État membre respecte les droits humains fondamentaux dans le cadre de politiques de retour et de procédures d'asiles mises en œuvre en coopération avec des pays tiers.

Gouvernements nationaux

- Entreprendre la mise en œuvre du contenu de la Communication de la Commission européenne du 12 avril 2017, relative à la protection des enfants migrant.e.s.¹⁵ Garantir en particulier l'accès aux soins et au soutien psychosocial aux enfants, renforcer les mécanismes de protection des enfants sur les routes migratoires et mettre fin aux déterminations médicales de l'âge, méthode peu fiable et intrusive.
- Protéger la santé, les prestations et les services de protection des agences d'immigration. La dénonciation des patient.e.s aux autorités par les professionnel.le.s ou les services sociaux doit être strictement interdite et fortement contrôlée, et toutes les parties doivent en être clairement informées.

POUR LES CITOYEN.NE.S DE L'UE/EEE

Le principe de libre circulation et de résidence des citoyen.ne.s de l'UE doit être étendu au droit à la santé.

Institutions européennes

- Intégrer un nouveau cadre légal européen garantissant l'accès aux soins à tous les migrant.e.s UE/EEE, qu'ils soient ou non résidents et quel que soit leur statut.
- Dans le cadre des négociations du Brexit, faire de la couverture santé pour les citoyen.ne.s européens vivant au Royaume Uni et les citoyen.ne.s britanniques vivant en Europe une priorité.

12. Parlement européen. "Reform of the Common European Asylum System." Legislative Train Schedule Towards a New Policy on Migration, 2017 (consulté le 1^{er} octobre 2017, <http://www.europarl.europa.eu/legislative-train/theme-towards-a-new-policy-on-migration/file-reform-of-the-common-european-asylum-system>).

13. Organisation des Nations Unies. « Pacte global sur les réfugiés ». Réfugiés et Migrants, 2017 (consulté le 1^{er} octobre 2017, <http://refugeemigrants.un.org/refugees-compact>).

14. Organisation des Nations Unies. « Pacte global sur les migrations ». Réfugiés et Migrants, 2017 (consulté le 1^{er} octobre 2017, <http://refugeemigrants.un.org/migration-compact>).

15. Commission européenne. « Communication de la Commission au Parlement européen et au Conseil : La protection des enfants migrants. » COM(2017) 211 final, 2017 (consulté le 1^{er} octobre 2017, <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2017/FR/COM-2017-211-F1-FR-MAIN-PART-1.PDF>).



RAPPORT DE L'OBSERVATOIRE 2017

Le rapport annuel de l'Observatoire est produit par le Réseau européen pour la réduction des vulnérabilités en santé, qui rassemble les programmes de MdM et des ONG partenaires, ainsi que des universitaires, œuvrant pour la réduction des inégalités en santé en UE. Cette étude vise à observer les populations exclues des principaux services de santé.

L'objet de ce rapport est de présenter des données, analysées et validées par un épidémiologiste reconnu, concernant les personnes exclues des principaux services de santé, ainsi que des témoignages recueillis et des photographies prises au cours des programmes de MdM et des ONG partenaires. À destination des décideurs politiques aux niveaux local, régional, national et européen, son but est de leur fournir les preuves nécessaires à la réduction des vulnérabilités en santé et de déterminer comment rendre les systèmes de santé plus réactifs et mieux adaptés. Il fournit également des informations précieuses pour les universitaires concernant le lien entre vulnérabilités et inégalités en santé, et vice-versa.

Les sept rapports parus depuis 2006 incluent toujours plus de pays et de populations ciblées pour la collecte de données – migrant.e.s en situation irrégulière, mais aussi l'ensemble des patient.e.s bénéficiaires des programmes de MdM et partenaires. Les précédents rapports sont disponibles à l'adresse : www.mdmeuroblog.wordpress.com

Le Rapport de l'Observatoire 2017 comprend des données, des témoignages et des photos collectés dans treize programmes, entre janvier et décembre 2016. Les programmes sélectionnés sont des programmes médicaux et non médicaux, et les données, médicales et sociales. Au total, 110 277 consultations médicales et sociales ont été réalisées.

Ce rapport été produit en partenariat avec le Institute of Global Health, University College London. Fort d'une équipe de 160 personnes et d'un accès à l'expertise de plus de 200 personnes sur son campus, cet institut mène un travail de collaboration pluridisciplinaire en vue de résoudre les problèmes de santé à l'échelle mondiale, grâce à une approche interdisciplinaire au cœur de la recherche et de l'enseignement.

STRUCTURE

Le Rapport de l'Observatoire :

- apporte un aperçu des contextes politiques et juridiques lors de la collecte des données et des témoignages ;
- utilise ces données pour décrire ce que nous avons observé au sein des groupes démographiques et en fonction des pays d'origine ;
- identifie les vulnérabilités en santé et dans l'accès aux soins auxquelles les patient.e.s font face ;
- indique les niveaux de couverture sanitaire et les entraves à l'accès aux soins auxquelles les patient.e.s font face ;
- décrit les problèmes de santé diagnostiqués et l'état de santé des patient.e.s tels qu'ils les décrivent ;
- pose une réflexion autour des principales constatations ; et
- fournit des recommandations à destination des institutions concernées, des gouvernements nationaux et des organisations, en faveur d'un meilleur accès aux soins pour les personnes faisant face à des vulnérabilités en santé.



● ●
La diversité des programmes de MdM et des partenaires offre un large éventail de services médicaux et sociaux. Certains ciblent la satisfaction de besoins spécifiques, tels que les programmes de réduction des risques, tandis que d'autres sont ouverts à tous et à toutes.
 ● ●

PROGRAMMES PARTICIPANT À L'ENQUÊTE

La diversité des programmes de MdM et des partenaires offre un large éventail de services médicaux et sociaux. Certains ciblent la satisfaction de besoins spécifiques, tels que les programmes de réduction des risques, tandis que d'autres sont ouverts à tous et à toutes. Cette diversité est la véritable force du Rapport de l'Observatoire, qui révèle les situations de nombreux patient.e.s victimes d'exclusion. L'ensemble des programmes propose des soins de santé primaires gratuits (sauf mention du contraire), un soutien social et des services d'information. Les données sociales sont collectées dans l'ensemble des programmes, tandis que les données médicales sont recueillies dans le cadre des programmes cliniques.

Allemagne : les programmes de MdM à Munich et Hambourg offrent des consultations en pédiatrie, gynécologie et psychiatrie, ainsi qu'une assistance juridique. Le programme de Hambourg est mené en collaboration avec l'association de soutien Hoffnungsorte, travaillant auprès des personnes démunies, tandis que le programme de Munich propose une assistance juridique en collaboration avec l'association Café 104.

Belgique : les programmes développés par MdM à Anvers et Bruxelles offrent des soins dentaires, un soutien psychologique, l'accès au dépistage, et des services de planification familiale et dédiés aux femmes.

Espagne : les programmes de MdM Espagne proposent des services sociaux et de référencement à Alicante, Bilbao, Malaga, Séville, Tenerife, Valence et Saragosse, notamment des campagnes de

sensibilisation et de promotion de la santé, des activités de médiation interculturelle entre les professionnels et les bénéficiaires des programmes, des formations avec des éducateurs.trices pair.e.s, des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH et des formations au dépistage du VIH à destination des professionnels de santé des établissements publics.

France : les trois centres MdM de Bordeaux, Nice et Rouen fournissent des consultations médicales et réfèrent vers le système de santé de droit commun. Le centre de Nice offre également des consultations psychiatriques.

Grèce : les six programmes de MdM à Athènes, La Canée, Lesbos, Patras, Perama et Thessalonique fournissent des services de vaccination, ainsi que des consultations prénatales et spécialisées. Certains programmes proposent également un soutien psychologique. Le programme mené à Lesbos cible les populations de réfugié.e.s et apporte un soutien tout particulier aux mineur.e.s isolé.e.s et aux réfugié.e.s.

Irlande : le centre pour les droits des migrant.e.s (Migrant Rights Centre Ireland) de Dublin accueille et informe les migrant.e.s sur l'emploi et le droit du travail et offre une assistance juridique.

Luxembourg : les deux centres MdM à Esch-sur-Alzette et Luxembourg fournissent des services sociaux et médicaux aux personnes exclues de l'accès aux soins.

Norvège : le Centre de santé pour migrant.e.s sans papiers (Health Centre for Undocumented Migrants) à Oslo est géré par la Fondation Oslo Church City Mission et la Croix-Rouge norvégienne d'Oslo. Il fournit

des soins de santé primaires, dentaires et de santé mentale, ainsi qu'un soutien et des activités psychosociales.

Pays-Bas : MdM-Pays-Bas mène plusieurs programmes à Amsterdam et à La Haye, parmi lesquels une unité mobile, destinés à prêter des services de soutien social, à orienter les patient.e.s vers un médecin généraliste ainsi qu'à prescrire des médicaments sans ordonnance.

Roumanie : l'ONG Carusel mène un programme visant l'amélioration de la qualité de vie des usagers.ères de drogues et d'alcool, des travailleurs.euses du sexe, des sans-abri et des personnes à faibles revenus.

Royaume-Uni : le centre MdM de Londres offre des soins de santé primaires et aide les patient.e.s à s'enregistrer auprès d'un médecin généraliste, porte d'entrée des systèmes de santé primaire et secondaire de droit commun. Un centre dédié aux familles propose des services destinés aux femmes enceintes et aux enfants.

Slovénie : l'association Slovene Philanthropy propre depuis 2015 au sein des camps frontaliers des services sociaux, des consultations médicales et un soutien psychosocial aux personnes non assurées.

Suède : outre l'offre de soins de santé primaires, le programme de MdM à Stockholm fournit également des consultations juridiques aux citoyen.ne.s européens et aux demandeurs.euses d'asile.

Suisse : MdM Suisse mène un programme dans le Canton de Neuchâtel et un nouveau centre à La Chaux-de-Fonds, qui propose des consultations infirmières et sociales aux migrant.e.s sans papiers et aux demandeurs.euses d'asile durant leur première année sur le territoire.

*Note : ce rapport ne présente pas de données concernant tous les bénéficiaires des programmes MdM et partenaires (voir Limites).

LE CONTEXTE POLITIQUE : LA SANTE ET LA SOLIDARITE EN EUROPE

Les expériences relatées par nos patient.e.s doivent être abordées en fonction d'un contexte comprenant un ensemble de décisions politiques ne visant pas l'accès universel à la santé, ni le respect du droit à la santé, tant au niveau national qu'au niveau européen.

Le Directeur général de l'OMS a reconnu que la couverture santé universelle était une priorité : « La couverture sanitaire universelle est un choix politique. Il incombe à chaque pays et à chaque gouvernement national de la mettre en place ». ¹⁶ Malgré cela, l'accès universel aux soins s'est détérioré en 2016 en Europe, en particulier pour les personnes vulnérables.

La montée du populisme apparaît comme une alternative à l'austérité en Europe. ¹⁷ Néanmoins, les mesures de restrictions budgétaires des États membres, en particulier en matière de santé, continuent d'impacter les populations vulnérables, notamment les migrant.e.s.

En 2017, la Commission européenne a recommandé au secteur de la santé d'entreprendre une réforme ¹⁸ afin de réduire les déficits publics, grâce à plus de rentabilité et une meilleure viabilité budgétaire. Les principales mesures à prendre par les États membres concernent : les soins ambulatoires, l'amélioration de la gouvernance, la multiplication des soins de santé primaires et intégrés et la rationalisation des prescriptions. Toutefois, ces mesures vont de pair avec plus de coupures budgétaires qui auront pour effet de creuser les inégalités néfastes aux besoins des personnes les plus vulnérables :

réductions de personnels, privatisation du secteur sanitaire, ¹⁹ séjours à l'hôpital écourtés et baisse des prestations.

En 2016, le gouvernement irlandais a abandonné son projet de couverture universelle, ²⁰ objectif qu'il s'était engagé à atteindre en 2014 dans un livre blanc publié par le ministère de la Santé, ²¹ en raison de son coût. ²² En 2012, la réforme du système de santé espagnol a mené à la suppression de l'accès universel aux soins, en dépit de la contestation sociale, politique et des gouvernements régionaux. ²³ En 2017, le Royaume-Uni et l'Allemagne ²⁴ ont mis en œuvre des mesures augmentant le risque de dénonciation des migrant.e.s auprès des autorités d'immigration, suite à une consultation. ²⁵ L'Allemagne a en outre adopté de nouvelles lois limitant l'accès aux services sociaux pour certains citoyen.ne.s européens résidant sur le territoire. ²⁶

L'approche de la santé en Europe entre dans une phase critique. Le Livre blanc sur l'avenir de l'Europe de la Commission européenne ²⁷ met en avant les objectifs concrets et atteignables, mais ne présente pas la santé comme un droit humain et la condition sine qua non du bien-être et des progrès humains. Les cercles académiques reconnaissent les progrès réalisés en Europe en matière de santé, mais rappellent également que les inégalités se creusent sur le vieux continent et qu'il est nécessaire de développer la coopération et la recherche dans d'autres domaines que ceux du tabac, de la sécurité alimentaire et des maladies infectieuses. ²⁸

De même, les citoyen.ne.s européen.ne.s considèrent que la santé est une priorité ²⁹ et la société civile estime que celle-ci est un prérequis, qui ne peut dépendre des tendances du marché unique. En conséquence, qu'il s'agisse d'aborder les maladies chroniques, le vieillissement des populations, la résistance antimicrobienne ou les coûts excessifs des nouveaux traitements, les États membres ne peuvent plus travailler seuls. ³⁰

Dans ce contexte, les efforts de la Commission européenne pour donner un nouveau souffle au socle européen, illustrés dans la Communication de la Commission du 26 avril 2017, ³¹ ont marqué un tournant pour le secteur de la santé et la responsabilité sociale de l'UE envers plus de 220 millions de travailleurs (EUROSTAT, 2017). C'est donc dans le cadre de ce socle que les États membres continueront de renforcer le secteur de la santé.

2016 a été l'année la plus meurtrière pour les migrant.e.s et les demandeurs.euses d'asile qui ont tenté de traverser la Méditerranée : 363 348 personnes ont atteint l'autre rive, tandis que 5 079 ont perdu la vie. ³² Le bilan de la crise migratoire s'alourdit et touche une population à la recherche de sécurité ou fuyant une communauté socialement condamnée. À ce jour, alors que nous venons de célébrer ses soixante ans d'existence, l'UE ne tient pas ses promesses de solidarité, une solidarité qui est bel et bien en crise. ³³

16. Ghebreyesus, Tedros A. « Tous les chemins mènent à la couverture sanitaire universelle. » Centre des médias de l'OMS, 17 juillet 2017 (consulté le 4 septembre 2017, <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2017/universal-health-coverage/fr/>).

17. Goodman, Peter S. "Europe May Finally End Its Painful Embrace of Austerity." *The New York Times*, 7 octobre 2016 (consulté le 4 septembre 2017, <https://www.nytimes.com/2016/10/08/business/international/europe-economy-budget-austerity.html?mcubz=1>).

18. Commission européenne. « Semestre européen 2017 : évaluation des progrès accomplis dans les réformes structurelles, la prévention et la correction des déséquilibres macroéconomiques, et résultats des bilans approfondis au titre du règlement (UE) n° 1176/2011. » COM(2017) 90 final, 2017 (consulté le 4 septembre 2017).

19. Tansy, Rachel. "The creeping privatisation of healthcare: Problematic EU policies and the corporate lobby push." *Corporate Europe Observatory*, 2017 (consulté le 4 septembre 2017, <https://corporateeurope.org/power-lobbies/2017/06/creeping-privatisation-healthcare>).

20. Ministère de la Santé, Irlande. « Universal Health Insurance. » (consulté le 4 septembre 2017, <http://health.gov.ie/future-health/universal-health-insurance/>).

21. Ministère de la Santé, Irlande. « The Path to Universal Healthcare White Paper on Universal Health Insurance. » (consulté le 4 septembre 2017, <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/04/White-Paper-Final-version-1-April-2014.pdf>).

22. Loughlin, Elaine, and Juno McEnroe. "Universal Health Insurance Scheme Scrapped for Being Too Costly." *Irish Examiner*, 22 mai 2016 (consulté le 4 septembre 2017, <http://www.irishexaminer.com/ireland/universal-health-insurance-scheme-scrapped-for-being-too-costly-400858.html>).

23. Gonzalez de Durana, Ana Arriba, and Francisco Javier Moreno-Fuentes. "Undocumented Migrants in Spain to Regain Access to Healthcare?" *ESPN Flash Report 2016/39*. European Commission, 2016 (consulté le 4 septembre 2017, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=16003&langId=en>).

24. Plateforme pour la coopération internationale sur les migrants sans-papiers (PICUM). « Basic Social Rights Study Germany. » (consulté le 4 septembre 2017, <http://picum.org/picum.org/uploads/file/Basic%20Social%20Rights%20study%20-Germany.pdf>).

25. Gentlemen, Amelia. "Crackdown on Migrants Forces NHS Doctors to 'Act as Border Guards.'" *The Guardian*, 20 avril 2017 (consulté le 4 septembre 2017, <https://www.theguardian.com/uk-news/2017/apr/20/crackdown-migrants-nhs-doctors-border-guards-immigration-irregular-migrants>).

26. Informationsverbund Asyl & Migration. "Gesetz zur Einschränkung von Sozialleistungen für Unionsbürgerinnen und -bürger tritt in Kraft." 30 janvier 2017 (consulté le 4 septembre 2017, http://www.asyl.net/startseite/nachrichten/artikel/57037.html?no_cache=1&chash=92af4b33a7946fb4d47118485a8f2fcf).

27. Commission européenne. « Livre blanc sur l'avenir de l'Europe. Réflexions et scénarios pour l'UE-27 à l'horizon 2025. » COM(2017) 2025 final, 2017.

28. Alliance européenne pour la santé publique. "EUPHA comments on European Commission's White Paper on the Future of Europe." 29 mars 2017 (consulté le 15 avril 2017, <https://eupha.org/advocacy-by-eupha>).

29. 70 % d'après l'Eurobaromètre de l'enquête du Parlement européen (consulté le 27 septembre 2017, <http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/en/20170426PVL00115/Two-years-until-the-2019-European-Elections>).

30. Alliance européenne pour la santé publique. "Dear President Juncker, EU Health Collaboration is crucial for Europe's future" lettre ouverte, 2 juin 2017.

31. Commission européenne. « Recommandation de la Commission du 26 avril 2017 sur le socle européen des droits sociaux. » C(2017) 2600 final, 2017 (consulté le 3 octobre 2017, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=17625&langId=en>).

32. Organisation internationale pour les migrations. « Arrivées de migrants par la Méditerranée en Europe en 2016 : 363 348 ; décès en mer : 5 079. » OIM, 1e juin 2017 (consulté le 4 septembre 2017, <https://www.iom.int/fr/news/arrivees-de-migrants-par-la-mediteranee-en-europe-en-2016-363-348-deces-en-mer-5-079>).

33. Leroux Luc. « Aide aux migrants : jugé en appel, Cédric Herrou estime « faire le travail de l'État ». » *Police et Justice*, 19 juin 2017 (consulté le 4 septembre 2017, http://www.lemonde.fr/police-justice/article/2017/06/19/aide-aux-migrants-juge-en-appel-cedric-herrou-estime-faire-le-travail-de-l-etat_5147639_1653578.html).

C'est cette Europe en crise qui s'est réunie à l'occasion du sommet de Malte, en février 2017. Suite à la signature d'un accord avec la Libye, d'où partiront 90 % des candidats exilé.e.s pour rejoindre l'Italie (HCR, 2017), et 10 mois après la fermeture de la route de la mer Égée, l'UE n'a toujours pas pour priorité de sécuriser et de rendre l'asile accessible, mais plutôt de soutenir et de former les garde-côtes libyens.³⁴ Ainsi, l'UE espère mettre à mal le fonctionnement des trafiquants et renforcer les capacités des communautés d'accueil et de l'État libyen. La veille du sommet, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugié.e.s (HCR) et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) ont publié un communiqué afin de signaler que la Libye n'était pas un pays sûr.³⁵ Pour de nombreuses agences de droits humains, le droit à l'asile et certains droits fondamentaux des migrant.e.s, inscrit dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union, sont bafoués.³⁶⁻³⁷

Un an après la signature l'accord UE-Turquie, l'UE continue à déléguer ses responsabilités à des États « sûrs » voisins, suscitant la contestation de sa classe politique, notamment le représentant spécial du Secrétaire général de l'ONU : « On ne peut pas sous-traiter la protection ».³⁸ En effet, sans recours juridique, le séjour des migrant.e.s en Libye peut s'avérer extrêmement pénible³⁹ dans les centres de détention, dans des conditions d'hygiène précaires, exposés aux risques de maladies et de malnutrition.⁴⁰

Pour Human Rights Watch, les pays d'accueil « multiplient les tentatives de dissuasion dans l'espoir d'empêcher de nouvelles arrivées ».⁴¹ L'Europe est suspectée de détériorer les conditions d'accueil, tant en termes de protection que d'accès aux services essentiels, la plupart du temps disponibles dans des camps surpeuplés.⁴² C'est notamment le cas en Italie et en Grèce, où les autorités ont récupéré les activités d'ONG au niveau des hotspots, sans améliorer la qualité des services.⁴³ Dans un tel contexte, aggravé par le manque de préparation en prévision de l'hiver, les incidents survenus à Lesbos en 2016 sont susceptibles de se reproduire,⁴⁴ en particulier en raison des efforts insuffisants pour relocaliser les demandeurs.euses d'asile, en dépit de progrès majeurs,⁴⁵ et de l'opposition de certains États membres.⁴⁶

Malgré cela, les critiques de l'impact de la crise migratoire sur l'aide au développement se font de plus en plus entendre. Depuis la conférence de La Valette de novembre 2015 et le plan d'action adopté⁴⁷ visant à s'attaquer aux « causes profondes de la migration », le Conseil européen a définitivement approuvé le principe de l'assistance contre les contrôles des migrations. Ce nouveau levier politique permettra pour certains de donner un nouvel élan politique et de maintenir le soutien financier apporté aux pays du Sud.⁴⁸ Pour les détracteurs,⁴⁹ il s'agit d'une distorsion des principes d'assistance, en contradiction avec les véritables besoins des populations et posant des risques en termes d'efficacité et d'appropriation des pays ciblés.⁵⁰

Le 19 septembre 2016, la Déclaration de New York a été adoptée lors du Sommet des Nations Unies dédié à la gestion des déplacements massifs de réfugié.e.s et de migrant.e.s. Les Nations Unies vont devoir lancer des négociations avec les États membres et autres parties prenantes pour l'adoption en 2018 de deux pactes mondiaux : un concernant les migrations et l'autre, les réfugié.e.s.⁵¹

Nous espérons que l'Europe fera preuve de la volonté politique nécessaire pour œuvrer en faveur de la santé, de la solidarité et de la couverture santé universelle, et pour respecter le droit à la santé aux niveaux national et européen.

34. Conseil européen. « Malta Declaration by the members of the European Council on the external aspects of migration: addressing the Central Mediterranean route. » Communiqué de presse, 3 février 2017 (consulté le 27 septembre 2017, <http://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2017/01/03-malta-declaration/>).
35. OIM. « Joint UNHCR and IOM Statement on Addressing Migration and Refugee Movements along the Central Mediterranean Route. » Communiqué de presse, 2 février 2017 (consulté le 4 septembre 2017, <https://www.iom.int/news/joint-unhcr-and-iom-statement-addressing-migration-and-refugee-movements-along-central>).
36. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. « Rapport sur les droits fondamentaux 2017. » Luxembourg : Bureau des publications de l'Union européenne, 2017.
37. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. « Opinion of the European Union Agency for Fundamental Rights concerning an EU common list of safe countries of origin. » Opinion number 1/2016, FRA, le 23 mars 2016 (consulté le 10 octobre 2017, <http://fra.europa.eu/en/opinion/2016/fra-opinion-concerning-eu-common-list-safe-countries-origin>).
38. Organisation des Nations Unies. « High-Level Conference on Migration Management European Parliament. » Declaration of Ms Louise Arbour Special Representative of the Secretary-General for International Migration. Bruxelles : ONU, 2017.
39. Mission des Nations Unies en Libye, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. « Detained and Dehumanised : Report on Human Rights abuses against migrants in Libya. » Tunis/OHCHR, 2016.

40. Médecins Sans Frontières (MSF). « Libya : Migrants and Refugees Suffering from Disease and Malnutrition in detention Centers. » MSF, 19 mai 2017 (consulté le 4 septembre 2017, <http://www.doctorswithoutborders.org/article/libya-migrants-and-refugees-suffering-disease-and-malnutrition-detention-centers>).
41. Frelick, Bill, Ian M. Kysel, and Jennifer Podkul. "The Impact of Externalization of Migration Controls on the Rights of Asylum Seekers and Other Migrants." *Journal on Migration and Human Security* 4, no. 4 (2016), 190-220 (consulté le 4 septembre 2017, https://www.hrw.org/sites/default/files/supporting_resources/jmhs.pdf).
42. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. « Monthly data collection on the migration situation in the EU August 2017. » ADF, 2017 (consulté le 28 août 2017, <http://fra.europa.eu/en/theme/asylum-migration-borders/overviews/august-2017?cldee=bnFoGfSaWUuc2ltb25ub3RAbWVkbWVpbnNkdWVibmRlLm5ldA%3d%3d&rcipientid=contact-5a6070cda42ce11963800155d043f10eb1ad3d9794d4b1fa2c527f4e4fefa9f&esid=1a11075f-4e86-e711-80d2-00155d040a3b&urlid=0#reception>).
43. Norwegian Refugee Council. « Lack of handover plans for the response in Greece puts asylum seekers at risk, NGOs warn. » NRC, 11 juillet 2017 (consulté le 27 septembre 2017, <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/58582>).
44. Médecins du Monde Grèce. « How many people have to die before we stop talking about "random and exceptional incidents" ? » Communiqué de presse du 10 février 2017 (consulté le 27 septembre 2017, <http://mdmgreece.gr/en/many-people-die-stop-talking-random-exceptional-incidents/>).

45. Commission européenne. « Relocation and Resettlement: Increased efforts on resettlement and relocation must be sustained. » Communiqué de presse du 15 juin 2016 (consulté le 27 septembre 2017, http://europa.eu/rapid/press-release_IP-16-2178_en.pdf).
46. Euronews. « La Commission européenne lance un avertissement aux États membres qui refusent d'appliquer le système de relocalisation des réfugiés. » 16 mai 2017 (consulté le 4 septembre 2017, <http://fr.euronews.com/2017/05/16/crise-migratoire-la-commission-europeenne-hausse-le-ton>).
47. Conseil européen. « 2015 Valletta summit on migration - background on EU action. » 2015 (consulté le 30 août 2017, <http://www.consilium.europa.eu/en/meetings/international-summit/2015/11/11-valletta-summit-press-pack/>).
48. Parlement européen. « Overview of the use of EU funds for migration policies. » Parlement européen, 2016 (consulté le 4 septembre 2017, [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2016/572682/IPOL_IDA\(2016\)572682_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2016/572682/IPOL_IDA(2016)572682_EN.pdf)).
49. Migreurop. « Externalisation across the board : from the EU - Turkey arrangement to Migration Compacts in Africa. » Migreurop Brief #5, avril 2017 (consulté le 27 septembre 2017, http://www.migreurop.org/IMG/pdf/note_5_en.pdf).
50. Réseau européen pour la réduction des vulnérabilités en santé. « Joint NGO Statement ahead of the European Council of 22-23 June 2017. Towards a migration policy that works. » (consulté le 29 août 2017, <https://mdmneuroblog.wordpress.com/>).
51. Organisation des Nations Unies. « Gérer les déplacements massifs de réfugiés et de migrants. » ONU, 2017 (consulté le 4 septembre 2017, <https://refugeemigrants.un.org/>).

LE CONTEXTE JURIDIQUE : CHANGEMENTS LEGISLATIFS RECENTS

Les données et témoignages de cette enquête ont été collectés et confrontés aux changements législatifs en toile de fond, qui ont strictement limité l'accès aux soins. Cette section du rapport présente les évolutions récentes en matière de santé, de prestations sociales et de migration en Europe. Pour une synthèse complète du contexte juridique en Europe, veuillez vous référer au *Rapport légal de MdM*.

ALLEMAGNE

Une nouvelle loi relative à l'accès aux prestations sociales, entrée en vigueur début 2017, limite les droits des citoyens de l'UE résidant légalement en Allemagne à accéder aux services sociaux, tels que les soins de santé. Celle-ci s'applique aux ressortissants.e.s des nouveaux États membres, aux personnes sans emploi et à celles ne disposant pas des ressources suffisantes pour subvenir à leurs besoins, ou aux personnes ayant obtenu l'autorisation de résidence permanente en raison de leurs enfants, et ce durant les cinq premières années de leur séjour en Allemagne. L'accès aux soins est limité aux problèmes de santé aigus pendant un mois (et une fois tous les deux ans).

FRANCE

Le système de tiers payant français permet la gratuité des soins à toute personne couverte par la sécurité sociale d'ici la fin 2017. En juillet 2017, le ministère des Solidarités et de la Santé a annoncé que ce système n'entrera pas en vigueur avant fin 2017.

Une nouvelle loi stipule que la détermination de l'âge par examen médical ne peut à elle-seule conduire au refus de la protection. La loi relative à l'égalité pour les territoires français a été adoptée en février 2017, garantissant une couverture santé universelle complémentaire à Mayotte d'ici à 2025.

IRLANDE

Le gouvernement a abandonné son projet de couverture universelle en raison de ses coûts. Cela a eu pour effet de retarder la mise en place de la gratuité des soins de médecine générale pour les enfants de moins de 12 ans, à l'origine prévue pour octobre 2016.

ITALIE

Une loi relative à la protection des mineur.e.s non accompagnés.e.s a été adoptée en mars 2017. Elle permet la mise en place d'un meilleur système de protection et d'accueil, qui sera normalisé au niveau national. Elle interdit l'expulsion des enfants, fixe la limite du temps de détention dans les centres d'accueil à 30 jours (contre 60 jours) et renforce les droits des enfants à accéder aux soins de santé et à l'éducation.

Le gouvernement a promulgué en juillet 2017 un décret rendant obligatoire la vaccination contre la rougeole et neuf autres maladies pour les enfants de moins de 17 ans. Chacun de ces vaccins devraient en outre être gratuits.

Le système de ticket modérateur (ticket sanitario) est actuellement étudié au niveau gouvernemental et régional.

ROYAUME-UNI

L'entrée en vigueur d'un Memorandum of Understanding (MoU) en janvier 2017 a autorisé le Service de santé national (NHS) à partager des données non cliniques des personnes soupçonnées d'avoir enfreint la législation sur l'immigration avec le ministère de l'Intérieur, y compris leurs nom et adresse. L'objectif de ce MoU est d'« encourager] le retour volontaire en refusant l'accès aux prestations et services auxquels [les personnes demeurant illégalement sur le territoire] ne sont pas éligibles ». Une nouvelle tentative pour dissuader les migrant.e.s de tenter d'accéder aux soins.

SUÈDE

Une loi entrée temporairement en vigueur en juillet 2016 empêche les demandeurs.euses d'asile d'obtenir une autorisation de résidence permanente ou de regroupement familial. Jusque-là, les réfugié.e.s et personnes nécessitant une protection supplémentaire recevaient une autorisation de résidence permanente. Conformément aux nouvelles dispositions temporaires, une autorisation de résidence de trois ans est délivrée aux réfugié.e.s bénéficiant d'une autorisation de résidence de trois ans, tandis que les personnes nécessitant une protection supplémentaire obtiennent une autorisation de treize mois.

52. « 2017 Legal Report on Access to Healthcare in 17 Countries. » (<https://mdmeuroblog.wordpress.com/resources/publications/>).

53. Mission Mineurs Non Accompagnés. « Rapport annuel d'activité 2016 Mission mineurs non accompagnés. » 2017 (consulté le 27 septembre 2017, http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_RAA_MMNA_2016.pdf).

54. Chateaneuf, Marion. « Mayotte 2025 une ambition pour la République: document stratégique. » p.16, 2016 (consulté le 26 septembre 2017, <http://www.mayotte.pref.gouv.fr/content/download/5164/43644/file/Mayotte%202025%20Une%20ambition%20pour%20la%20R%C3%A9publique%20-%20document%20strat%C3%A9gique.pdf>).

55. Comiti italiani de UNICEF. « Approvata la "Legge Zampa": più tutele e inclusione per i minori stranieri non accompagnati. » UNICEF, le 29 mars 2017 (consulté le 26 septembre 2017, <https://www.unicef.it/doc/7324/approvata-la-legge-zampa-per-minori-stranieri-non-accompagnati.htm>).

56. Russo, Paolo. « Ticket sanitari meno cari ma stretta sulle esenzioni attraverso il reddito Isee. » *La Stampa*, 6 avril 2017 (consulté le 26 septembre 2017, <http://www.lastampa.it/2017/04/06/economia/ticket-sanitari-meno-cari-ma-stretta-sulle-esenzioni-attraverso-il-reddito-isee-9YDmlCDUpfieUeMJQ9L1M/pagina.html>).

57. Traduction libre. Home Office, Department of Health, and NHS Digital. « Memorandum of Understanding between Health and Social Care information centre and the Home Office and the Department of Health. » 2017, pp.4-6 (consulté le 26 septembre 2017, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/585928/MOU_v3.pdf).

58. Office national suédois des migrations. « Protection Status. » 19 juin 2017 (consulté le 26 septembre 2017, <https://www.migrationsverket.se/English/Private-individuals/Protection-and-asylum-in-Sweden/When-you-have-received-a-decision-on-your-asylum-application/If-you-are-allowed-to-stay/Protection-status.html>).

59. Office national suédois des migrations. « Protection Status. » 19 juin 2017 (consulté le 26 septembre 2017, <https://www.migrationsverket.se/English/Private-individuals/Protection-and-asylum-in-Sweden/When-you-have-received-a-decision-on-your-asylum-application/If-you-are-allowed-to-stay/Protection-status.html>).

CEUX ET CELLES QUE NOUS AVONS RENCONTRÉ.E.S

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Les données ont été collectées au cours de 110 277 consultations pendant une année : le graphique 1 montre qu'il y a eu 36 409 consultations médicales et 73 868 consultations sociales. La majorité des consultations, 68,7 %, ont été réalisées en Grèce (75 766/110 277), tandis que la Roumanie détient le plus faible nombre de consultations, seulement 0,2 % (208/110 277). Le mois d'avril a été le plus chargé et compte 9,8 % des consultations au cours de la période (10 811/110 277), tandis que le mois d'août a été le plus calme, avec seulement 4,2 % des consultations (4 616/110 277).

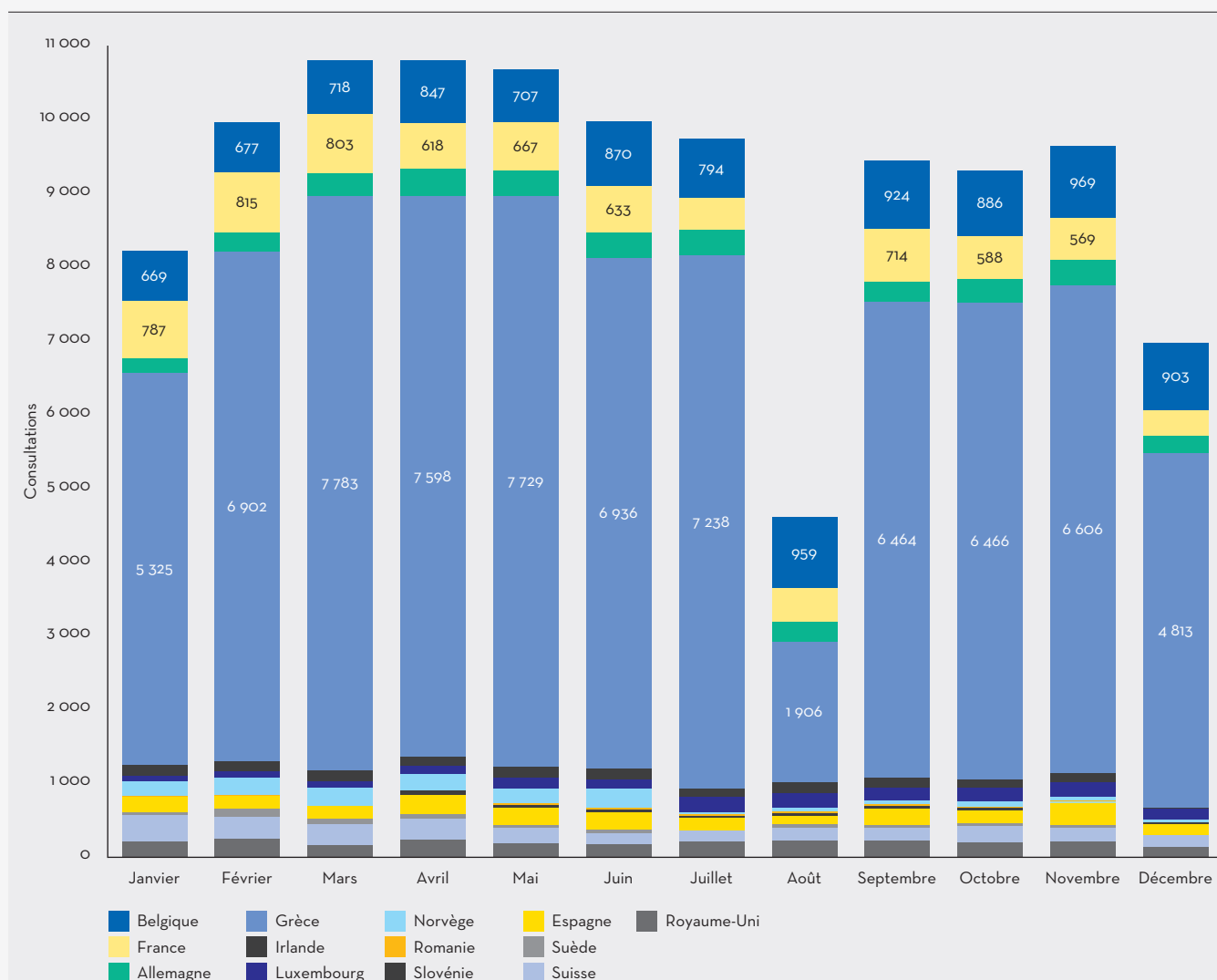
Les programmes ont accueilli 43 286 bénéficiaires en consultations médicales et sociales, dont 58,2 % d'hommes (25 183/43 286) et 41,5 % de femmes (17 963/43 286). L'âge médian était de 31 ans. Près de 22,2 % des bénéficiaires étaient des enfants (mineur.e.s de moins de 18 ans) (9 626/43 286), 8,3 % étaient des enfants de moins de 5 ans (3 578/43 286) et 2,3 % avaient 70 ans ou plus (988/43 286).

Le graphique 3 (et les graphiques suivants) présente les données par groupe, en fonction des pays d'origine donnés par les bénéficiaires : ressortissant.e.s nationaux.

ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE. Cette classification est basée sur les pays d'origine indiqués par les bénéficiaires selon les pays où ils ont été reçus. Il convient de noter que cette méthodologie a ses limites (pour plus de détails, voir « Limites »). **Les ressortissant.e.s nationaux.ales** se présentent au programme dans leur pays d'origine ; **les migrant.e.s UE/EEE** ont pour pays d'origine un État membre de l'UE, de l'EEE ou la Suisse, mais se présentent dans un autre pays au sein de l'UE/EEE ou en Suisse ; **les migrant.e.s hors UE/EEE** ont pour pays d'origine un État hors de l'UE/EEE.

Graphique 1.

Consultations médicales et sociales par mois et par pays

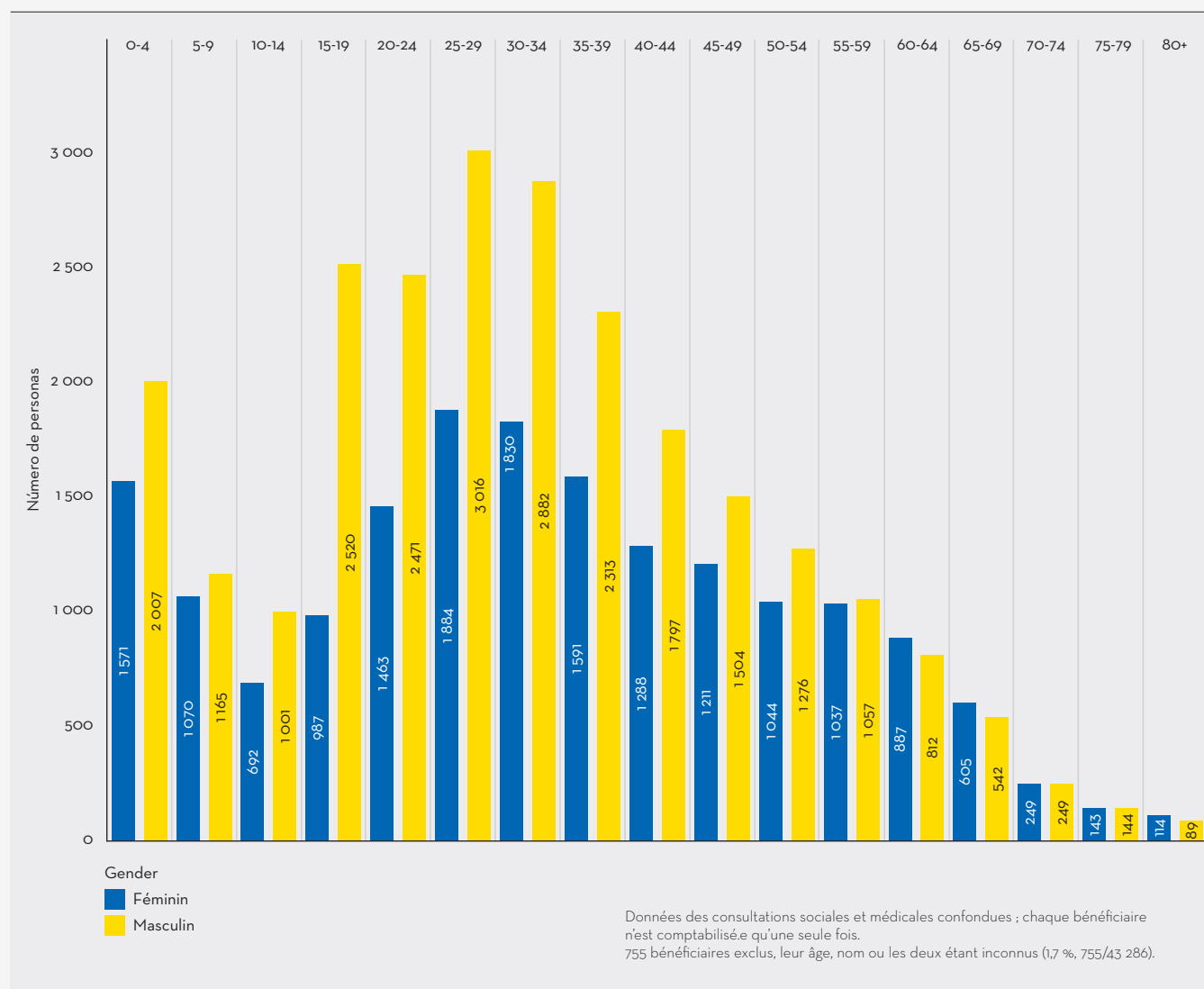


Données de toutes les consultations sociales et médicales (110 277).

Parmi l'ensemble des bénéficiaires reçus, 79,1 % (34 227/43 286) étaient des migrant.e.s hors UE/EEE, 12,1 % (5 227/43 286) étaient des ressortissant.e.s nationaux.ales et 7,5 % (3 257/43 286) étaient des migrant.e.s UE/EEE. Toutes tranches d'âge confondues, la majorité des personnes rencontrées étaient des migrant.e.s hors UE/EEE, dont 92,0 % âgés de 15 à 19 ans (3 222/3 502). La part des migrant.e.s EU/EEE demeure la plus importante dans chaque tranche d'âge. De manière générale, les migrant.e.s hors UE/EEE sont plus jeunes que les migrant.e.s UE/EEE.

En 2016, 0,5 % (213/43 286) des personnes rencontrées dans le cadre de nos programmes étaient des mineur.e.s non accompagné.e.s, soit, des personnes mineures de moins de 18 ans, séparés de leurs deux parents et qui ne sont pas prises en charge par un.e tuteur.rice légal.e.⁶⁰ La Grèce a comptabilisé nombre le plus important de mineur.e.s non accompagnés, soit 24,4 % (52/213).

Graphique 2.
Âge et sexe des bénéficiaires



⁶⁰. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, *Guidelines on Policies and Procedures in dealing with Unaccompanied Children Seeking Asylum* (1997, consulté le 10 octobre 2017, <http://www.unhcr.org/3d4f91cf4.pdf>).

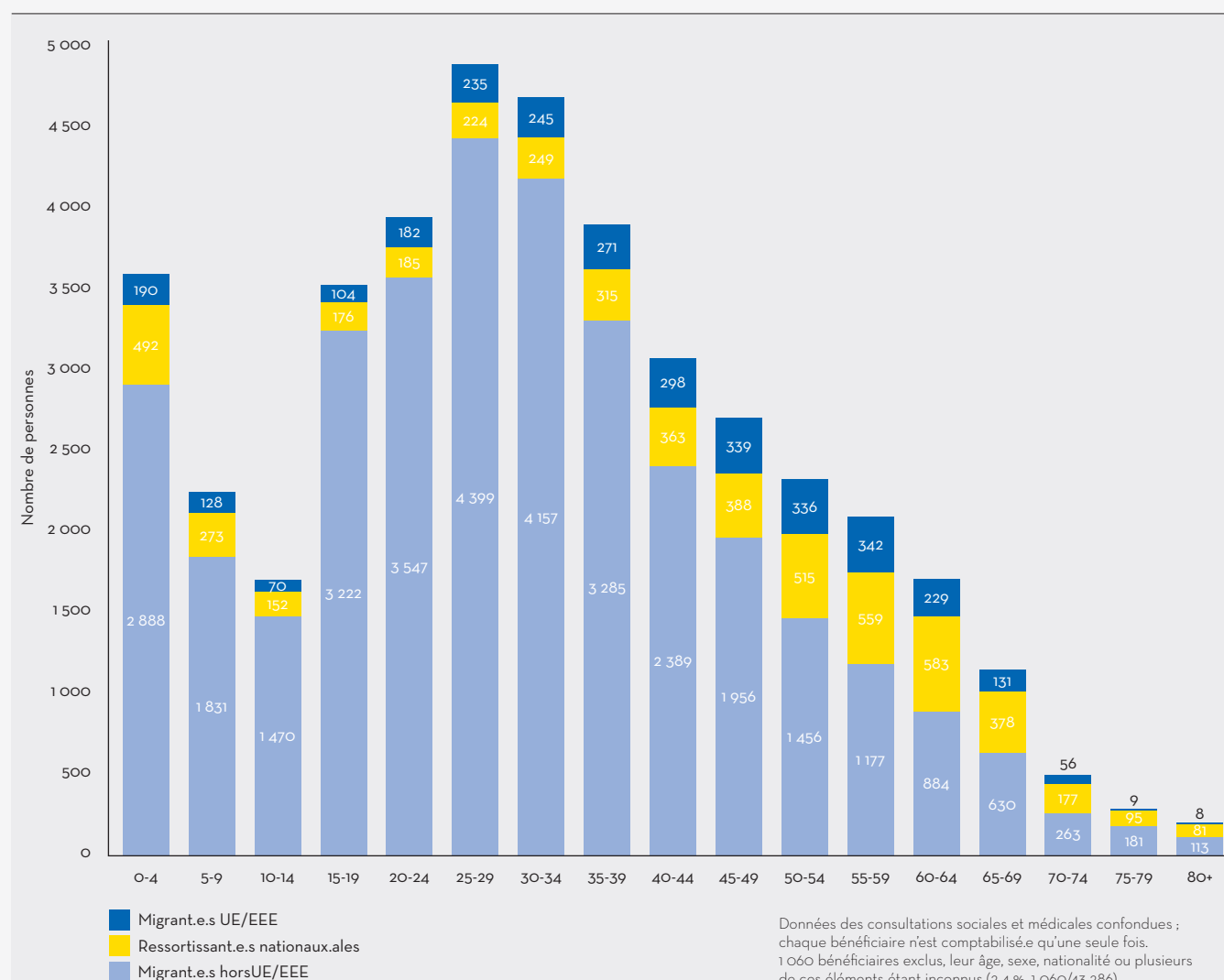
● ●

Les ressortissant.e.s nationaux.ales se présentent au programme dans leur pays d'origine ; les migrant.e.s UE/EEE ont pour pays d'origine un État membre de l'UE, de l'EEE ou la Suisse, mais se présentent dans un autre pays au sein de l'UE/EEE ou en Suisse ; les migrant.e.s hors UE/EEE ont pour pays d'origine un État hors de l'UE/EEE.

● ●

Graphique 3.

Âge des bénéficiaires, par groupe : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE

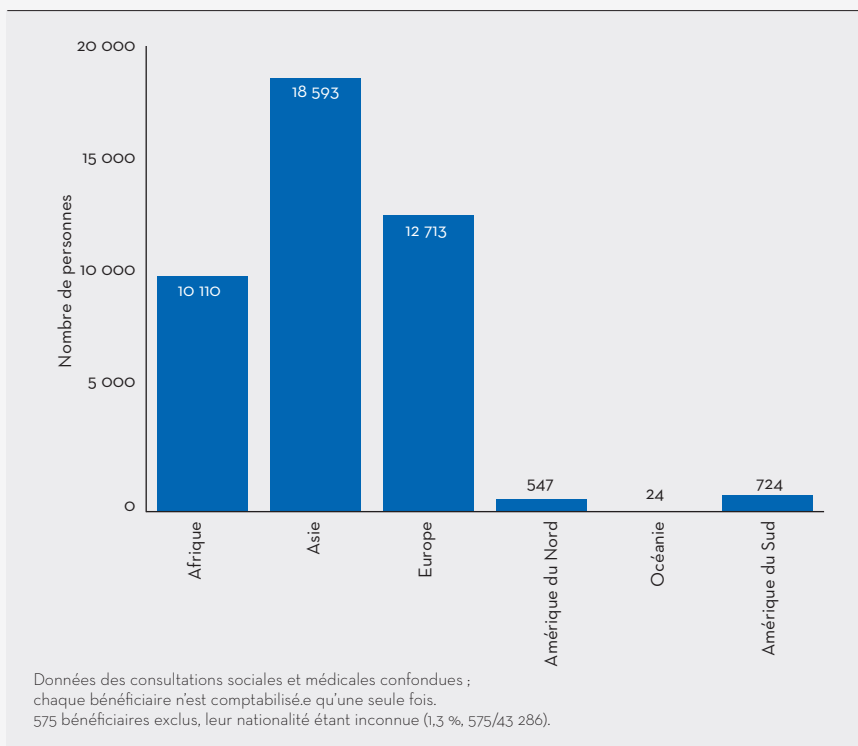


PAYS D'ORIGINE

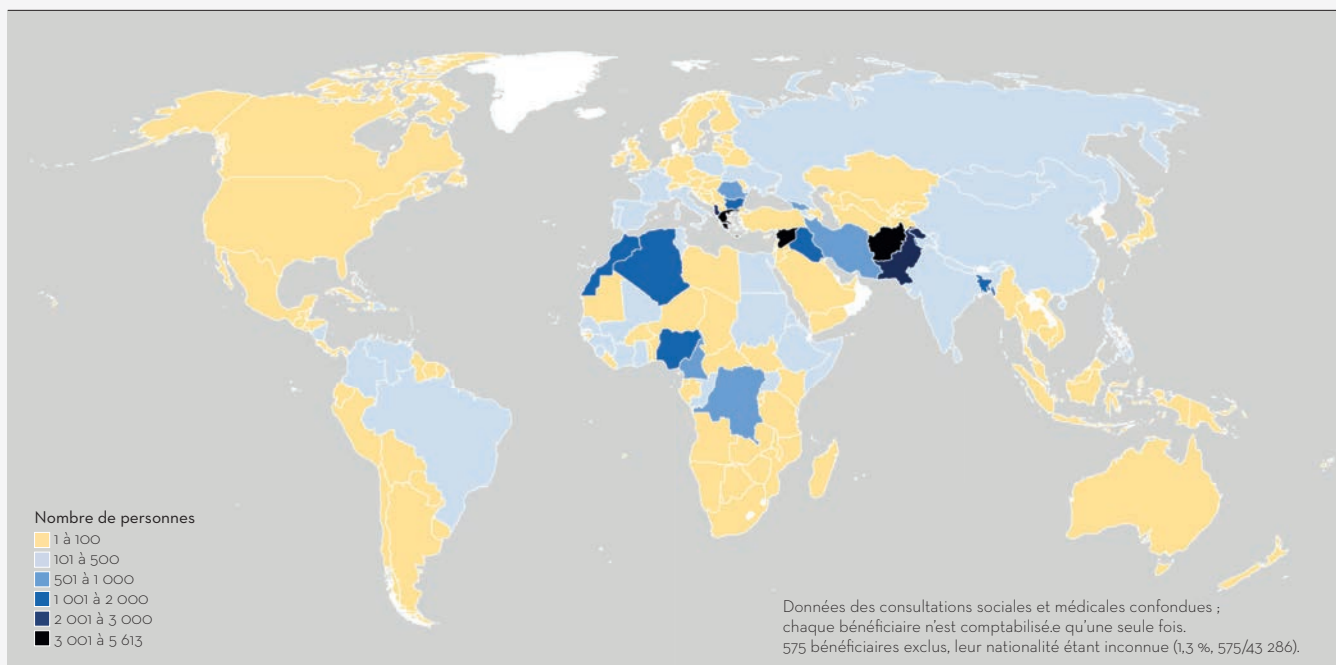
Le graphique 4 démontre que 43,0 % des personnes reçues étaient originaires d'Asie (18 593/43 286), 29,4 % d'Europe (12 713/43 286) 23,4 % d'Afrique (10 110/43 286).

Le graphique 5 présente le pays d'origine de chaque patient.e : 13,0 % des patient.e.s venaient de Syrie (5 613/43 286), 11,3 % venaient d'Afghanistan (4 874/43 286), 10,7 % de Grèce (4 616/43 286), 5,7 % d'Albanie (2 459/43 286) et 4,8 % du Pakistan (2 063/43 286).

Graphique 4.
Continents d'origine des bénéficiaires



Graphique 5.
Nationalités des bénéficiaires





VULNÉRABILITÉS EN SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS

Des études ont prouvé que la santé et le bien-être d'un individu sont déterminés tout au long de sa vie par divers facteurs socio-économiques et des forces externes,⁶¹ qui favorisent également la détérioration de son état de santé et de son accès aux services de soins. Ces « facteurs de vulnérabilité » multidimensionnels agissent à différents niveaux : économique, psychosocial et politique. Un individu peut être affecté par plusieurs facteurs à la fois, susceptibles de le rendre plus vulnérables en termes de santé et d'accès aux soins. Fluctuants, ces facteurs de vulnérabilité peuvent toucher les individus à différentes périodes de leur vie.

La collecte de données économiques, psychosociales et politiques auprès de nos patients nous permet d'observer la prévalence de plusieurs facteurs de vulnérabilité.

VULNÉRABILITÉS MATÉRIELLES

L'impact de la pauvreté sur la santé est avéré : les preuves de l'impact néfaste de la faiblesse des revenus sur la santé physique et mentale sont innombrables⁶²⁻⁶⁵ au même titre que les mauvaises conditions de vie. L'écart entre l'état des sans-abri et la population générale est flagrant, notamment en termes de prévalence de problèmes de santé mentale et de morbidité prématurée.⁶⁶⁻⁶⁷ Les personnes vivant dans des camps, bidonvilles et squats sont plus exposées aux problèmes de santé et aux blessures, aux conditions climatiques rudes et aux températures extrêmes, au risque sécuritaire et au manque de vie privée. Une situation instable en matière de logement contribue également à la détérioration de la santé mentale et du bien-être.⁶⁹⁻⁷⁰



Prénom : Klaus
Pays : Allemagne

Klaus est un ressortissant allemand âgé de 60 ans. Après un divorce en 2006, il a quitté l'appartement qu'il partageait avec son épouse. Depuis, il connaît d'importantes difficultés financières. Sans emploi depuis 2016, il ne bénéficie pas de l'assurance maladie et a du mal à retrouver un emploi.

« J'avais toujours besoin d'aide pour acheter les médicaments.

Les prestations sociales que je perçois ne couvrent pas mes dépenses mensuelles et la pension que je verse pour mon fils. »

Après plusieurs mois sans consulter pour sa pression artérielle élevée, et trop honteux pour demander l'aide d'un médecin, ami de la famille, Klaus a vu un flyer de MdM. Grâce au diagnostic réalisé au centre, il reçoit aujourd'hui un traitement.

61. Commission des déterminants sociaux de la santé. « *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.* » Genève : OMS, 2008 (consulté le 26 septembre 2017, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf).

62. Pickett, Kate, E., and Richard G. Wilkinson. "Income Inequality and Health: A Causal Review." *Social Science & Medicine* 128, (2015), 316-326.

63. Wilkinson, Richard, G., and Kate E. Pickett. "Income Inequality and Population Health: A Review and Explanation of the Evidence." *Social Science & Medicine* 62, (2006), 1768-1784.

64. Pickett, Kate, E., Oliver W. James, and Richard G. Wilkinson. "Income Inequality and the Prevalence of Mental Illness: A Preliminary International Analysis." *Journal of Epidemiology and Community Health* 60, (2006), 646-647.

65. Murali, Vijaya, and Femi Oyebo. "Poverty, Social Inequality and Mental Health." *Journal of the Royal College of Psychiatrists* 10, no. 3, (2004), 216-224.

66. Aldridge, Robert W., Alistair Story, Stephen W. Hwang, et al. "The Health Impact of Social Exclusion: A Systematic Review and Meta-Analysis of Morbidity and Mortality Data from Homeless, Prison, Sex Work and Substance Use Disorder Populations in High-Income Countries." *The Lancet*, in press (2017).

67. Fazel, Seena, et al. "The Health of Homeless People in High-Income Countries: Descriptive Epidemiology, Health Consequences, and Clinical and Policy Recommendations." *The Lancet* 384, no. 9953 (2014), 1529-1540.

68. Dhesi, Surindar, Arshad Isakjee, and Thom Davies. "An Environmental Health Assessment of the New Migrant Camp in Calais." Birmingham: University of Birmingham, 2015.

69. Shelter. « *The impact of housing problems on mental health.* » London : Shelter, 2017 (consulté le 27 septembre 2017, https://england.shelter.org.uk/assets/images/for_professionals/Housing_and_mental_health_-_detailed_report.pdf).

70. Wilkinson, Diana. "Poor Housing and Ill Health: A Summary of Research Evidence." The Scottish Office Central Research Unit, 1999 (consulté le 26 septembre 2017, <http://www.gov.scot/Resource/Doc/156479/0042008.pdf>).

TRAVAIL ET REVENUS

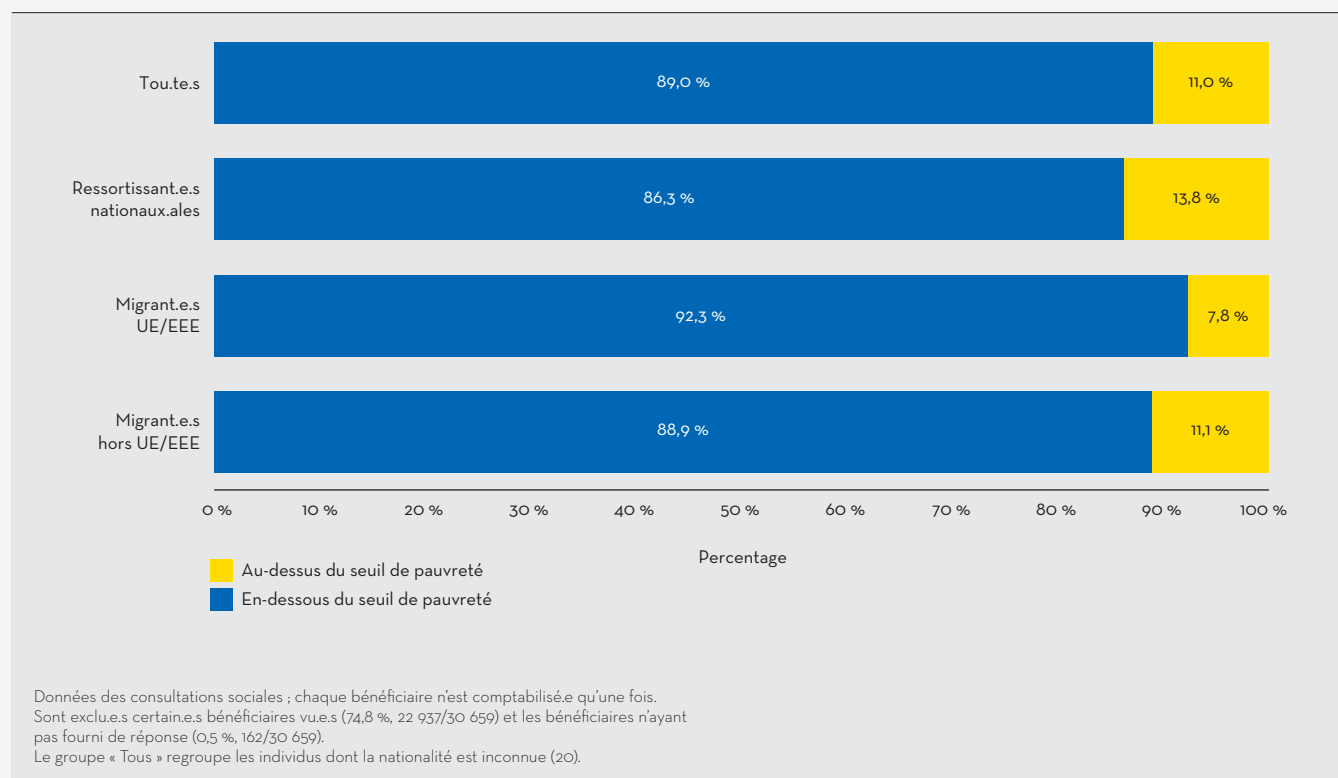
Parmi les patient.e.s interrogé.e.s, 77,3 % d'entre eux n'occupaient pas d'emploi (7 216/9 338).⁷¹ Le graphique 6 illustre que 89,0 % des patient.e.s (6 725/7 560) vivaient sous le seuil de pauvreté du pays où ils/elles ont été vu.e.s, soit avec des revenus inférieurs au niveau nécessaire pour garantir leur bien-être physique à long terme et satisfaire leurs besoins fondamentaux (tels que la nourriture, les vêtements et le logement).⁷²

Notre enquête a révélé que la part des migrant.e.s UE/EEE vivant sous le seuil de pauvreté était plus importante (92,3, IC 95 % [90,4, 93,8]), en comparaison aux ressortissant.e.s nationaux.ales (86,3, IC 95 % [83,8, 88,5]). Nous n'avons pas identifié de différences entre les niveaux de pauvreté des migrant.e.s hors UE/EEE et des ressortissant.e.s nationaux.ales.



Graphique 6.

Sommes mensuelles approximatives dont disposaient les bénéficiaires au cours du dernier trimestre (en-dessous ou au-dessus du seuil de pauvreté du pays), par groupe : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE



71. Sont exclu.e.s certaines bénéficiaires vu.e.s (67,4 %, 20 674/30 659) et ceux non concernés/dont la situation est inconnue (2,1 %, 647/30 659).

72. Qualification au-dessus/au-dessous du seuil de pauvreté basée sur les seuils des pays où les individus ont été reçus.

HOUSING CONDITIONS

52,8 % des personnes interrogées ont déclaré vivre dans un logement temporaire (4 011/7 590).⁷³ D'après le graphique 7, la majorité des bénéficiaires, soit 46,3 %, vivait chez des amis ou de la famille (3 797/8 197) et pouvait donc compter sur ses réseaux personnels pour l'hébergement. 23,8 % des bénéficiaires (1 954/8 197) vivaient dans des conditions de logement précaires, dont 11,9 % d'entre eux (976/8 197) vivant dans la rue ou dans centres d'hébergement d'urgence durant moins de quinze jours, 2,1 % vivant dans des camps ou bidonvilles (173/8 197), 1,7 % dans des squats (141/8 197) et 7,1 % hébergés par une organisation ou un hôtel (581/8 197).

Le groupe des migrant.e.s UE/EEE compte le plus de personnes sans-abri ou vivant dans des centres d'hébergement d'urgence (26,7, IC 95 % [24,3, 29,3]), en comparaison avec les ressortissant.e.s nationaux.ales (6,7, IC 95 % [5,2, 8,4]) et les migrant.e.s hors UE/EEE (9,8, IC 95 % [9,1, 10,6]). Il convient toutefois d'interpréter ces chiffres avec précaution, en raison des données inconnues au sein des trois groupes.



Prénom : Arabella
Pays : Pays Bas

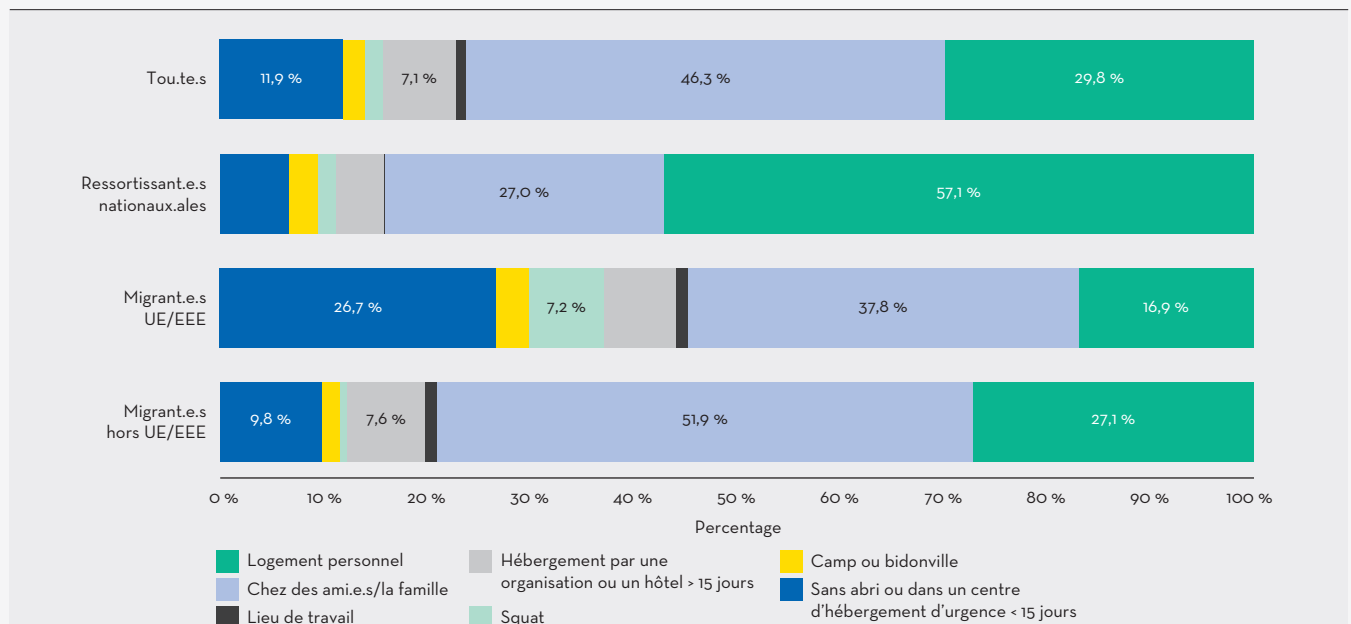
Arabella, une bénévole de l'équipe mobile d'Amsterdam, s'est rendue dans un centre d'hébergement Bed Bath Bread (BBB) pour les sans-abri, pour rencontrer un résident dont l'état de santé était inquiétant. L'homme était malade depuis plusieurs jours et ne pouvait boire ni s'alimenter en raison de nausées et d'une diarrhée. Diabétique et souffrant d'une pression artérielle basse, son état de santé s'est détérioré davantage. Celui-ci n'ayant pas été considéré comme engageant son pronostic vital, le service d'ambulance a refusé de le transporter à l'hôpital et il n'a pas pu consulter un médecin généraliste en consultation d'urgence.

Il était évident que cet homme avait besoin de voir un médecin qui pourrait le faire entrer à l'hôpital. Sur les huit généralistes contactés, deux semblaient prêts à lui venir en aide. Un généraliste a dit que le centre d'hébergement était trop éloigné pour une visite. Il fallait donc trouver un médecin plus près du BBB. Par chance, un autre médecin a rappelé le centre et dit être prêt à aider le malade si celui-ci se rendait en consultation.

Le médecin ne pouvait pas se rendre au centre, bien qu'Arabella ait insisté sur l'état de santé du malade, incapable d'être déplacé. À court d'options, Arabella et les employé.e.s du centre ont finalement trouvé une solution pour transporter le malade jusqu'au cabinet pour la consultation.

Graphique 7.

Conditions de logement, par groupe de : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE



Données des consultations sociales ; chaque bénéficiaire n'est comptabilisé.e qu'une seule fois. Sont exclu.e.s les bénéficiaires vu.e.s dont les données sont manquantes (67,2 %, 20 599/30 659) et qui n'ont pas été interrogé.e.s (6,1 %, 1 863/30 659). Le groupe « Tous » regroupe les individus dont la nationalité est inconnue (107).

73. Sont exclu.e.s les bénéficiaires vu.e.s dont les données sont manquantes (66,0 %, 20 237/30 659) et non interrogés (9,2 %, 2 832/30 659).

VULNÉRABILITÉS PSYCHOSOCIALES

Il existe un lien entre exclusion de l'accès à la santé et sociale : les réseaux personnels solides favorisent un bon état de santé, tandis que la solitude augmente le risque de morbidité et de morbidité prématurée.⁷⁴⁻⁷⁵ Il est avéré que vivre séparé.e de ses enfants est une source de pression émotionnelle et contribue à la détérioration de l'état de santé.⁷⁶ La langue est également un facteur déterminant : ceux et celles ne maîtrisant pas la langue nationale sont moins susceptibles de faire des rencontres, de participer à des activités, de trouver un emploi et d'accéder aux services.

Les migrations peuvent constituer un facteur de vulnérabilité. La plupart des migrant.e.s internationaux connaissent certains changements touchant leur situation familiale, leurs relations sociales, ainsi qu'en termes de climat, de langue, de culture et d'alimentation ;⁷⁷ autant de facteurs contribuant à la détérioration de la santé mentale. Il en est de même pour les migrations forcées causées par la guerre, les conflits ou la persécution,⁷⁸ tandis que les parcours de migrations dangereux exposent les individus à des risques sérieux de blessure et de mort.⁷⁹

RÉSEAUX PERSONNELS ET VIE DE FAMILLE

D'après le graphique 8, 35,5 % des personnes interrogées ont déclaré pouvoir souvent compter sur une personne pour obtenir de l'aide, du soutien et du réconfort lorsque nécessaire (2 280/6 421). 38,9 % ont dit ne pas disposer d'un réseau personnel solide (2 500/6 421), dont 12,0 % (769/6 421) ayant déclaré ne jamais avoir pu compter sur le soutien d'une autre personne lorsque nécessaire, et 27,0 % (1 731/6 421) pouvant seulement parfois compter sur ce soutien.

Les migrant.e.s UE/EEE sont le groupe le plus affecté par l'absence totale d'un réseau personnel de soutien (voir Graphique 8, « Jamais »), suivis par les migrant.e.s hors UE/EEE et les ressortissant.e.s nationaux.ales. Ces chiffres doivent toutefois être interprétés avec précaution en raison de données manquantes au sein des trois groupes.

Parmi les bénéficiaires reçu.e.s, 3 051 avaient des enfants de moins de 18 ans. D'après le graphique 9, 55,8 % ont déclaré qu'aucun de ces enfants ne vivaient avec eux (1 352/2 425), 5,9 % (144/2 425) que seuls certains de ces enfants vivaient avec eux et 38,3 % (929/2 425) ont dit vivre avec tous les enfants.

Notre enquête a révélé que les ressortissant.e.s nationaux.ales sont plus susceptibles de vivre avec leurs enfants (67,9, IC 95 % [60,7, 74,5]), en comparaison avec les migrant.e.s UE/EEE (30,7, IC 95 % [26,2, 35,4]) et les migrant.e.s hors UE/EEE (36,7, IC 95 % [34,5, 39,0]).

Le graphique 10 démontre que la majorité des bénéficiaires reçu.e.s (54,6 %) a eu besoin d'un.e interprète au cours de la consultation (21 937/40 208), dont 48,4 % (19 448/40 208) qui ont bénéficié d'une interprétation en présentiel, 2,0 % (812/40 208) par téléphone et 4,2 % (1 677/40 208) dont les besoins en interprétation n'ont pas été satisfaits.

Notre enquête a révélé que les ressortissant.e.s nationaux.ales ont moins exprimé des besoins en interprétation (97,2, IC 95 % [96,7, 97,7]) par rapport aux migrant.e.s UE/EEE (57,4, IC 95 % [55,6, 59,2]) et aux migrant.e.s hors UE/EEE (36,0, IC 95 % [35,5, 36,5]).

Il convient de noter que la présence d'un.e interprète au cours d'une consultation n'est pas révélatrice du manque de connaissances des patient.e.s en matière de langue : un individu peut en effet maîtriser une langue et moins la terminologie médicale. Les besoins exprimés peuvent toutefois indiquer que les patient.e.s ne maîtrisent pas tout à fait la langue locale.



Prénom : Nancy
Pays : France

Nancy, 30 ans, vient du Cameroun. Sa famille a préparé son voyage pour la France et garde ses deux enfants depuis son départ. Pour atteindre la France, Nancy est passée par le Maghreb et s'est perdue au niveau de la frontière libyenne, où elle a été violée par un soldat libyen. Profondément affectée par le traumatisme subi durant son voyage vers la France, elle fait d'horribles cauchemars.

« Je suis terrifiée, je le vois tout le temps, partout, je suis terrifiée. »

La famille de Nancy avait prévu qu'elle vive avec une femme – sa « cousine » – après son arrivée en France. Peu de temps après, Nancy est tombée enceinte et a cherché à obtenir l'aide d'un CASO et l'Aide médicale de l'État, mais sans succès. C'est au cours de son premier rendez-vous au CASO que Nancy a découvert qu'elle était séropositive. Choquée, elle refusait d'y croire.

« Je ne peux pas avoir le virus du Sida, je ne me sens pas malade. Pourquoi ça ne se voit pas ? Pourquoi je ne m'en suis pas rendu compte ? »

Nancy s'inquiétait de ce que penserait de sa « cousine » si elle apprenait sa séropositivité.

« Je ne pourrai jamais retourner au Cameroun. Là-bas, c'est très mal vu. Des gens meurent à cause de ça. Ma famille me rejeterait. Si ma cousine l'apprend, elle me repoussera et me jettera dehors. »

Sa relation avec sa « cousine » s'est rapidement détériorée suite au diagnostic. Nancy avait peur de rentrer chez elle mais n'avait nulle part où aller. Son statut a compliqué la recherche d'un domicile permanent. Après des mois d'attente pour intégrer une maternité, elle a enfin réussi à obtenir une chambre seule et a donné naissance à une petite fille en bonne santé. Mais, à ce jour, son statut n'a toujours pas été officialisé et sa situation de logement est toujours instable.

74. Holt-Lunstad, Julianne, Timothy B. Smith, Mark Baker, Tyler Harris, and David Stephenson. "Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review." *Perspectives on Psychological Science* 10, no. 2 (2015): 227-237.

75. Mushtaq, Raheel, Sheikh Shoib, Tabindah Shah, and Sahil Mushtaq. "Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness." *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 8, no. 9 (2014). WE01-WE04.

76. Afulani, Patience, Jacqueline M. Torres, May Sudhinaraset, and Joseph Asunka. "Transnational Ties and the Health of Sub-Saharan African Migrants: The Moderating Role of Gender and Family Separation." *Social Science & Medicine* 168 (2016): 63-71.

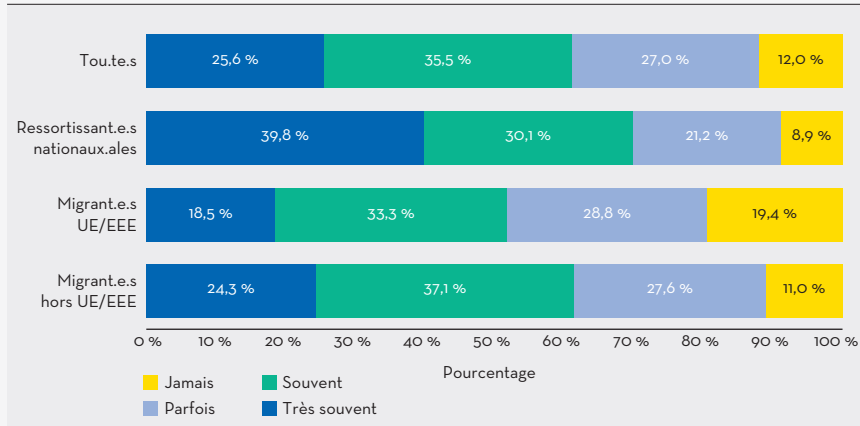
77. Carta, Mauro Giovanni, Mariola Bernal, Maria Carolina Hardoy, and Josep Maria Haro-Abad. "Migration and Mental Health in Europe (the State of the Mental Health in Europe Working Group: Appendix 1)" *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 1 (2005):13.

78. Siriwardhana, Chesmal, Shirwa Sheik Ali, Bayard Roberts, and Robert Stewart. "A Systematic Review of Resilience and Mental Health Outcomes of Conflict-Driven Adult Forced Migrants." *Conflict and Health* 8 (2014):13.

79. Organisation internationale pour les migrations. « 2016 Flows to Europe Overview. » Genève : OIM, 2017 (consulté le 27 septembre 2017, http://migration.iom.int/docs/2016_Flows_to_Europe_Overview.pdf).

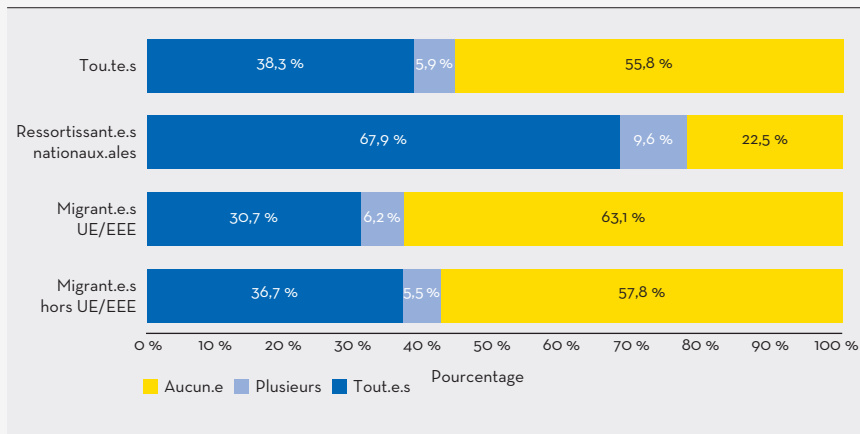
Graphique 8.

Fréquence à laquelle une personne peut compter sur une autre dans la ville où elle vit pour trouver de l'aide, du soutien et du réconfort, le cas échéant, par groupe : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE



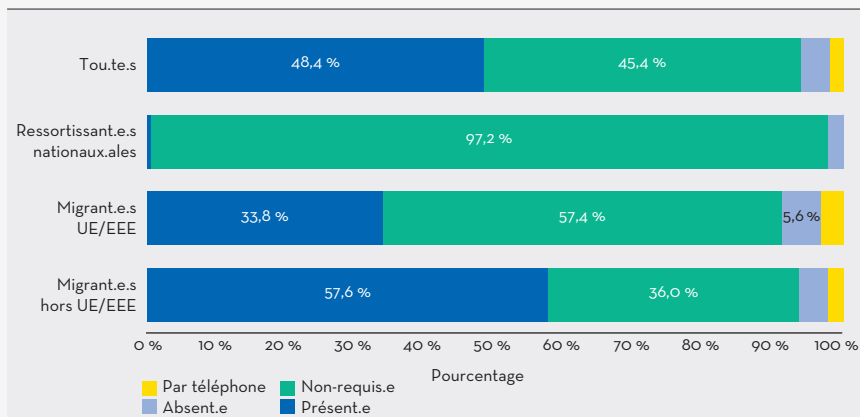
Graphique 9.

Pour les individus avec des enfants de moins de 18 ans, nombre d'enfants vivant actuellement avec eux, par groupe : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE



Graphique 10.

Part des patient.e.s ayant eu besoin d'un.e interprète au cours d'une consultation, par groupe : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE



Prénom : Touba
Pays : France

Touba est un fermier guinéen orphelin de 16 ans ; il a perdu ses parents très jeune et cultivait seul une petite parcelle. Il vivait avec un autre homme, avec lequel il avait des relations sexuelles.

« J'ai dû quitter la Guinée ; là-bas, l'islam interdit d'être avec un autre homme. Mon ami et moi avons été traqués. Il est probablement mort. »

Un homme l'a aidé à fuir la Guinée et à le rejoindre à Rouen par la Libye, où il est resté deux jours. La femme de cet homme refusant que Touba vive avec eux, il s'est rapproché de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Il a tenté de raconter son histoire à un membre du personnel, qui n'arrivait pas à le comprendre. Un autre employé a affirmé que Touba n'était pas mineur et l'a congédié. Ce soir-là, Touba a dormi devant le bâtiment de l'ASE et s'est abrité sous le porche lorsqu'il s'est mis à pleuvoir. Le lendemain, il s'est rendu au commissariat, mais les agents n'ont pu lui trouver une place dans une auberge ou un lieu d'hébergement pour adultes.

« Je suis allé chez Mdm. On m'a trouvé un endroit où dormir pour quelques jours seulement, le temps de trouver une solution. Je n'avais pas pu changer de vêtements, alors on m'a emmené voir une association pour que je puisse en obtenir d'autres. J'aimerais apprendre un métier. Je suis terrifié à l'idée de devoir retourner en Guinée et d'être tué. »

Graphique 8.

Données des consultations sociales ; chaque bénéficiaire n'est comptabilisé.e qu'une seule fois. Sont exclu.e.s les bénéficiaires vus dont les données sont manquantes (69,9 %, 21 416/30 659) et non interrogé.e.s (9,2 %, 2 822/30 659). Le groupe « Tous » regroupe les individus dont la nationalité est inconnue (98).

Graphique 9.

Données des consultations sociales ; chaque bénéficiaire n'est comptabilisé.e qu'une seule fois. Sont exclu.e.s les bénéficiaires vu.e.s dont les données sont manquantes (8,9 %, 270/3 051) et non interrogé.e.s (11,7 %, 356/3 051). Le groupe « Tous » regroupe les individus dont la nationalité est inconnue (22).

Graphique 10.

Données des consultations sociales et médicales confondues ; chaque bénéficiaire n'est comptabilisé.e qu'une seule fois. Sont exclu.e.s les bénéficiaires vu.e.s dont les données sont manquantes (3,8 %, 1 637/43 286) et non interrogé.e.s (3,3 %, 1 441/43 286).

VIOLENCES

D'après le graphique 11, 51,8 % ont abordé la question des violences durant la consultation (9 667/18 650). En tenant compte des limites des données collectées, il apparaît que la question des violences a été plus ou moins abordée avec les membres de tous les groupes ($p < 0,001$), principalement avec les migrant.e.s hors UE/EEE (56,2 %, 8 857/15 749), suivis par les ressortissant.e.s nationaux.ales (37,6 %, 593/1 579) et les migrant.e.s UE/EEE (18,6 %, 205/1 104).

La prévalence des échanges sur les violences dépend des programmes et des professionnels de santé collectant les données : certains programmes abordent systématiquement cette question avec toutes les patient.e.s, tandis que d'autres la laissent émerger.

Lors de ces échanges, les patient.e.s ont décrit de nombreuses violences diverses, telles que la guerre, les conflits armés, la torture, des violences ou l'emprisonnement en raison de leur idéologie ou orientation sexuelle, des violences commises par les forces de police ou armées, des coups, des violences domestiques, des viols, des agressions sexuelles, des violences psychologiques, la confiscation des documents d'identité ou d'argent et la privation de nourriture.

LES RAISONS DE LA MIGRATION

Naturellement, les raisons de la migration sont multiples et cette question a enregistré des réponses multiples. Les graphiques 12 et 13 présentent donc tous les bénéficiaires ayant donné une raison et ne sont pas représentatifs des raisons de chaque individu.

En tenant compte des limites de ces données, le graphique 12 démontre que les migrant.e.s UE/EEE quittent leur pays pour des raisons économiques (67,6 %, 696/1 030) ou pour suivre ou rejoindre une personne (13,9 %, 143/1 030). Dans 2,5 % des cas, le départ a été motivé pour des raisons de santé (26/1 030).

D'après le graphique 13, la première raison poussant les migrant.e.s hors UE/EEE à quitter leur pays d'origine était économique (39,0 %, 1 732/4 441). Parmi eux.elles, 16,9 % (292/1 732) ont également donné au moins une autre raison.

La deuxième raison enregistrée était fuir la discrimination ou la persécution en raison des opinions politiques, de la religion, des origines/de l'appartenance ethnique ou l'orientation sexuelle (18,0 %, (799/4 441)). Dans 14,1 % des cas, la migration a été motivée par la fuite d'un conflit armé ou d'une guerre (628/4 441) et de conflits familiaux dans 5,6 % des cas (248/4 441). 2,9 % (130/4 441) des migrations ont été dues à des raisons de santé. Il convient d'interpréter ces données avec précaution en raison du manque de données dans chaque groupe.



Prénom : Gabriel
Pays : France

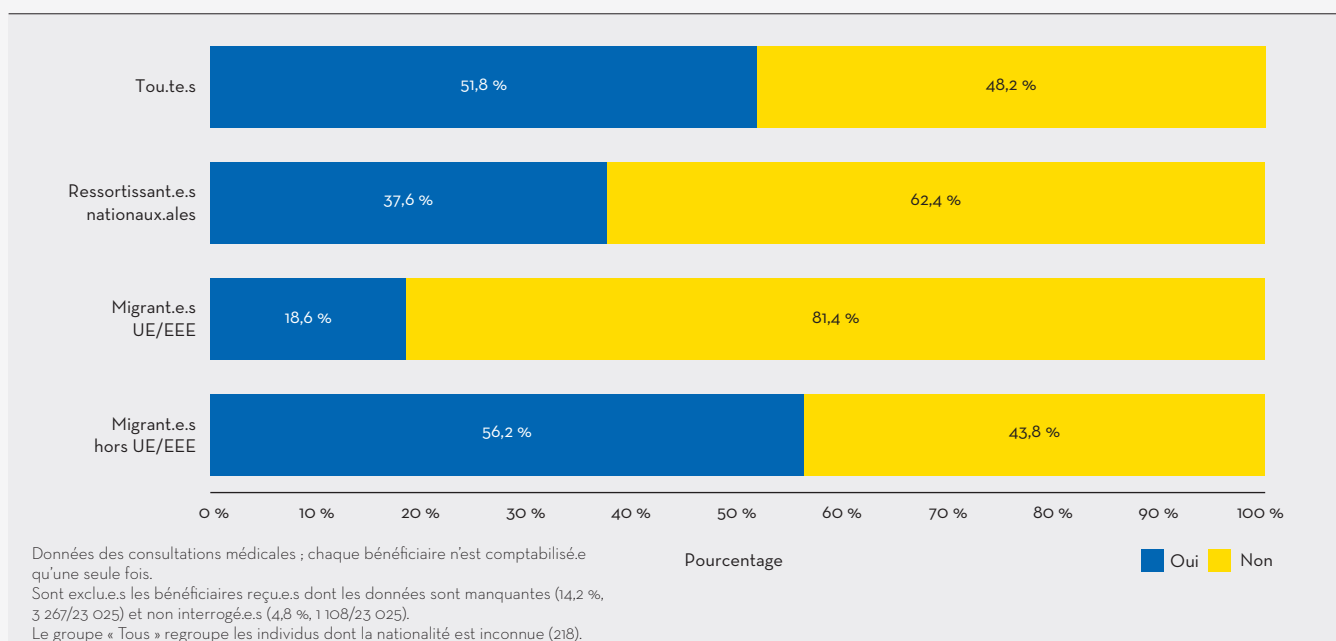
Gabriel, 16 ans, est né à Kinshasa, en République démocratique du Congo (RDC). Son père, employé dans un cimetière et opposant au régime, a assisté à l'enterrement de 421 victimes des violences des autorités. Le même jour, il a été arrêté dans leur maison par des soldats et accusé d'avoir divulgué à des sources extérieures la scène dont il a été témoin au cimetière. La famille de Gabriel a été sauvagement battue, sa mère y compris, et son père, emmené.

Le père de Gabriel a réussi à fuir et les soldats sont par conséquent revenus à son domicile. Lors de cette seconde visite, les blessures de Gabriel étaient telles que son oncle a dû l'emmener à l'hôpital de Kisantu. La famille s'est ensuite réfugiée dans le village de la mère de Gabriel, mais celui-ci savait qu'il devait fuir la RDC. Son oncle l'a emmené à Brazzaville et l'a confié à un homme qui a promis de l'emmener jusque en France.

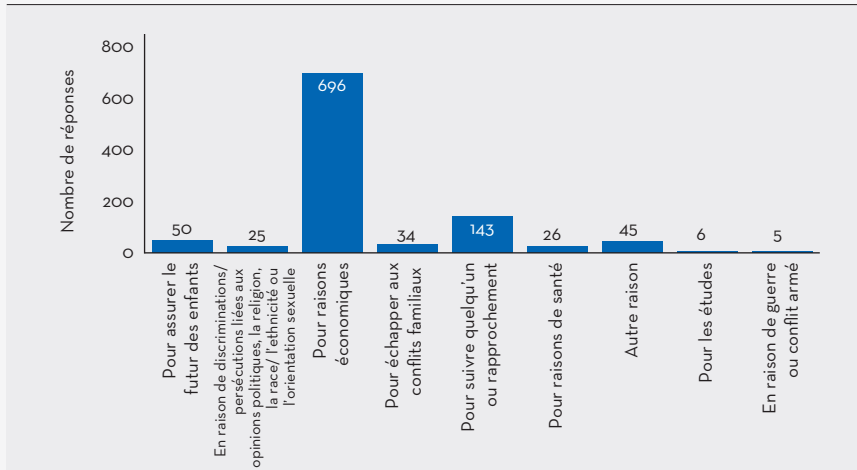
À son arrivée à Rouen, Gabriel était sans-abri et n'avait nulle part où aller. Il a eu des problèmes juridiques avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE), qui refusait d'admettre qu'il était mineur et de lui trouver un refuge. Gabriel bénéficie aujourd'hui de l'aide juridique d'un Centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO), qui tente également de lui trouver un refuge en France.

Graphique 11.

Échanges sur les violences pendant la consultation, par groupe : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE

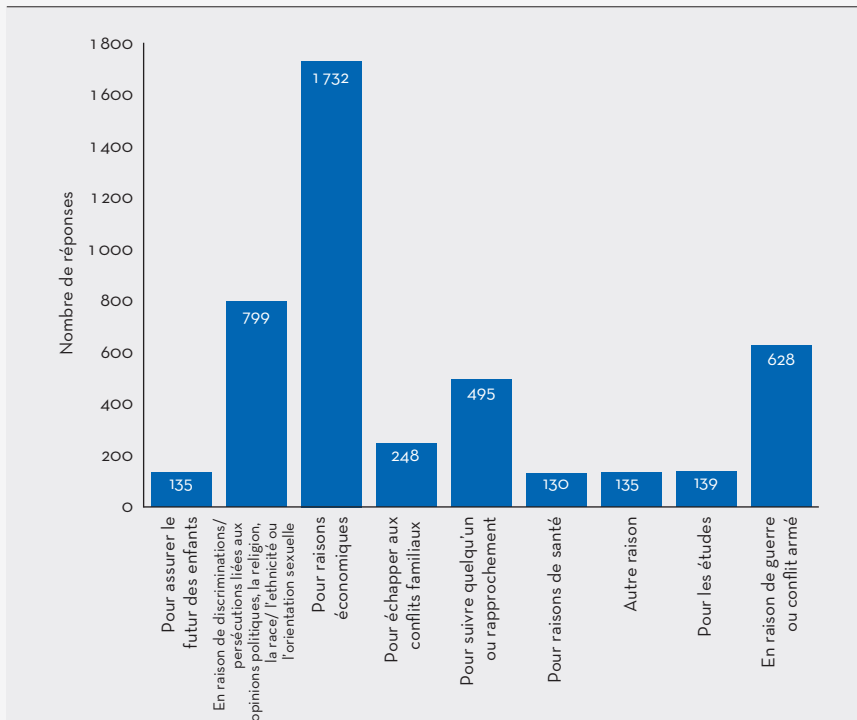


Graphique 12.
Raisons de la migration (migrant.e.s UE/EEE)



Données des consultations sociales ; chaque bénéficiaire n'est comptabilisé.e qu'une seule fois. Des raisons multiples ont été enregistrées pour certains bénéficiaires. Sont exclu.e.s les bénéficiaires vu.e.s dont les données sont manquantes (67,8 %, 1 752/2 583).

Graphique 13.
Raisons de la migration (migrant.e.s hors UE/EEE)



Données des consultations sociales ; chaque bénéficiaire n'est comptabilisé.e qu'une seule fois. Des raisons multiples ont été enregistrées pour certains bénéficiaires. Sont exclu.e.s les bénéficiaires vu.e.s dont les données sont manquantes (83,3 %, 19 069/22 890).



Prénom : Hakeem
Pays : Greece

Hakeem et sa famille ont fui l'occupation des Talibans en Afghanistan en 2015, après la mort de deux des enfants de Hakeem au cours de trois jours de violence et de terreur qui ont ravagé la ville de Kondôz. Hakeem, sa femme et leurs quatre enfants ont rejoint l'Iran, puis la Turquie, avant d'être séparés. La femme de Hakeem et trois de leurs enfants ont atteint la Grèce, tandis que Hakeem est resté en Turquie avec leur fils handicapé, Tahir.

« Nous sommes arrivés à Lesbos en novembre 2015, dans des conditions terribles. Mon fils est handicapé, se déplace avec des poches de colostomie et a besoin d'injections d'insuline. De mon côté, je souffre de graves problèmes cardiaques. Nous avons passé un mois dans un camp, sur l'île, dans des conditions terribles : dans le froid, sans nourriture ni ne sachant comment nous allions pouvoir atteindre Athènes. »

Âgé de 14 ans, Tahir souffre de graves problèmes de santé causés par les violences subies en Afghanistan. Il a partiellement perdu la vue et l'ouïe et souffre d'une insuffisance rénale. Hakeem et Tahir ont rejoint la Grèce, où ils ont vécu dans la rue pendant 10 jours, sans nourriture ni médicaments. L'équipe mobile de MdM les a trouvés dans un parc et leur a immédiatement fourni des soins médicaux et un refuge. Pendant l'hospitalisation de Tahir, Hakeem a eu une crise cardiaque. MdM a permis à Hakeem d'être hospitalisé et de recevoir un traitement, et s'est assuré qu'il était prêt à quitter l'hôpital.

« Pour la première fois depuis longtemps, j'avais l'impression d'être en sécurité et que quelqu'un ne se fichait pas de mon sort, m'écoutait et comprenait ma situation. C'est grâce à l'aide de MdM que l'état de mon fils s'est amélioré. Nous partons pour l'Autriche demain pour retrouver mes filles et ma femme, après près de cinq mois de séparation. »

VULNÉRABILITÉS POLITIQUES

Pour protéger sa santé et son bien-être, il est essentiel d'avoir du pouvoir et de faire entendre sa voix. Dans le cas contraire, les individus sont susceptibles d'être exclus de l'accès aux services de santé et de soutien social. En effet, des études démontrent que ceux ne disposant d'aucun pouvoir politique ont une santé plus vulnérable.⁸⁰

C'est le cas des personnes en situation irrégulière. Certes, tous les États membres de l'UE se sont engagés à respecter la législation internationale relative aux droits humains, garantissant des droits fondamentaux à tous et toutes. Toutefois, dans la pratique, les personnes en situation irrégulière peuvent rarement jouir de ces droits sans attirer l'attention des autorités.

L'exercice des droits humains économiques et sociaux est souvent entravé par les politiques et lois nationales : l'éligibilité aux services de soutien et de santé est généralement déterminée par la nationalité ou les autorisations de résidence,⁸⁴⁻⁸⁵ ce qui exclut les migrant.e.s en situation irrégulière de ces services sociaux.

Les migrant.e.s en situation précaire (par exemple, disposant d'une autorisation de séjour limitée dans le temps, telle qu'un visa temporaire, ou les demandeurs.euses d'asile) sont également vulnérables, puisque leur accès aux services sociaux et de santé est limité.

STATUT ADMINISTRATIF

D'après le graphique 14, 44,2 % des bénéficiaires ont déclaré être des migrant.e.s hors UE/EEE en situation irrégulière (4 344 /9 832) : ces bénéficiaires ne remplissent pas les conditions requises pour entrer, demeurer ou résider dans le pays où ils vivent. Cette définition inclut les personnes entrant légalement en UE avec des documents qui depuis ne sont plus en règle, celles entrant de manière illégale et les demandeurs.euses d'asile débouté.e.s.

22,4 % (2 202/9 832) des bénéficiaires sont des migrant.e.s hors UE/EEE avec un visa ou une autorisation de séjour et 14,9 % (1 469/9 832) sont des demandeurs.euses d'asile, tandis que 1,4 % (142/9 832) des bénéficiaires sont des réfugié.e.s extraeuropéen.ne.s (y compris ceux.celles bénéficiant d'une protection à titre humanitaire ou d'une autorisation discrétionnaire).

6,2 % (606/9 832) des personnes étaient des migrant.e.s UE/EEE sans autorisation de séjour et ont résidé donc dans le pays d'accueil pendant plus de 3 mois, sans les ressources nécessaires à leur subsistance et à l'assurance maladie, tel que prescrit par la directive européenne 2004/38/CE.⁸⁶

50,3 % (4 950/9 823) n'avaient pas d'autorisation de séjour dans le pays dans lequel ils ou elles vivaient. Cette situation concernait les migrant.e.s hors UE/EEE en situation irrégulière et les migrant.e.s UE/EEE sans autorisation de séjour. 49,7 % des personnes avaient une autorisation de séjour (4 882/9 823).

LA PEUR D'ÊTRE ARRÊTÉ.E

Le graphique 15 ne comptabilise que les personnes sans autorisation de séjour dans le pays où elles résident.⁸⁷

Parmi les patient.e.s sans autorisation de séjour dans le pays où ils résident, 47,3 % ont déclaré limiter leurs déplacements en public par peur d'être arrêté.e.s (715/1 512), 8,1 % (123/1 512) ont qualifié cette limitation de très fréquente, 10,8 % (163/1 512) de fréquente et 28,4 % (429/1 512) ont dit limiter parfois leurs déplacements. Près de la moitié des migrant.e.s hors UE/EEE a déclaré limiter ses mouvements (49,7 %, 684/1 377).

En dépit des limites de ces données, rien ne nous permet d'affirmer que la limitation des déplacements des migrant.e.s hors UE/EEE était très fréquente, par rapport aux migrant.e.s UE/EEE. Néanmoins, les données indiquent qu'il y a un plus grand nombre de migrant.e.s UE/EEE qui ne limitent « jamais » leurs déplacements (77, IC 95 % [69, 83,8]), en comparaison aux migrant.e.s hors UE/EEE (50,3, IC 95 % [47,7, 53,0]).



Prénom : Yana
Pays : Grèce

Yana est une réfugiée syrienne, arrivée en Grèce avec ses deux fils alors qu'elle était enceinte de huit mois. Elle a vécu avec ses enfants dans le camp de réfugié.e.s en Attique, où elle a accouché.

« Je me suis sentie tellement soulagée en arrivant sur l'île. Je pensais que nous pourrions rejoindre en Allemagne quelques jours plus tard. Mais nous avons été transférés dans un autre camp où les conditions étaient beaucoup plus difficiles. Je m'inquiétais surtout pour ma grossesse et la sécurité de mes enfants. »

Forcée à quitter le camp après avoir refusé de payer d'autres réfugié.e.s pour pouvoir rester, elle s'est retrouvée à la rue avec ses trois enfants. La famille s'est réfugiée dans un appartement avec deux autres familles syriennes. Cette solution ne pouvait être que temporaire. MdM a accompagné Yana jusqu'à la fin de sa grossesse au camp et notre équipe mobile a pu retrouver sa trace grâce à ses équipes mobiles. Son bébé souffrait d'allergies cutanées et d'asthme, tandis que Yana souffrait de problèmes gynécologiques qu'elle n'avait pu traiter, ainsi que de crises de panique de plus en plus sérieuses.

« Avant l'intervention de MdM, je m'étais rendue dans un hôpital public, où j'ai été maltraitée par le service Comptabilité qui m'a ordonné de payer pour un test inutile. Le service d'asile m'avait informé que le coût des examens étaient couverts grâce à ma carte de demandeur d'asile et que je n'aurai rien à payer. J'étais abandonnée, en pleurs, seule et désespérée. »

MdM a permis à la famille d'obtenir des soins, des conseils et un abri. Elle a également aidé Yana pour sa réunification familiale en Allemagne.

80. Marmott, Michael. "The Health Gap: The Challenge of an Unequal World." *The Lancet* 386, no. 10011(2015). 2442-2444.

81. *Déclaration universelle des droits de l'homme*, 1948 (consulté le 29 septembre 2017, http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf).

82. Collection des Traités des Nations-Unies. « *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, 1966. » Chapitre IV, Droits de l'homme. UNTC, 2017 (consulté le 29 septembre 2017, <https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&msgid=IV-4&chapter=4&clang=fr>).

83. OHCHR. « *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 1966. » OHCHR, 2017 (consulté le 29 septembre 2017, <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>).

84. Spenser, Sarah, and Vanessa Hughes. "Outside and In: Legal Entitlement to Health Care and Education for Migrants with Irregular Status in Europe." Oxford: COMPAS, 2015 (consulté le 27 septembre 2017, www.compas.ox.ac.uk/2015/outside-and-in/).

85. Ingleby, David, and Roumyana Petrova-Benedict. "Recommendations on Access to Healthcare Services for Migrants in an Irregular Situation: An Expert Consensus." Bruxelles : OIM, 2016 (consulté le 27 septembre 2017, <http://equi-health.eea.ion.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>).

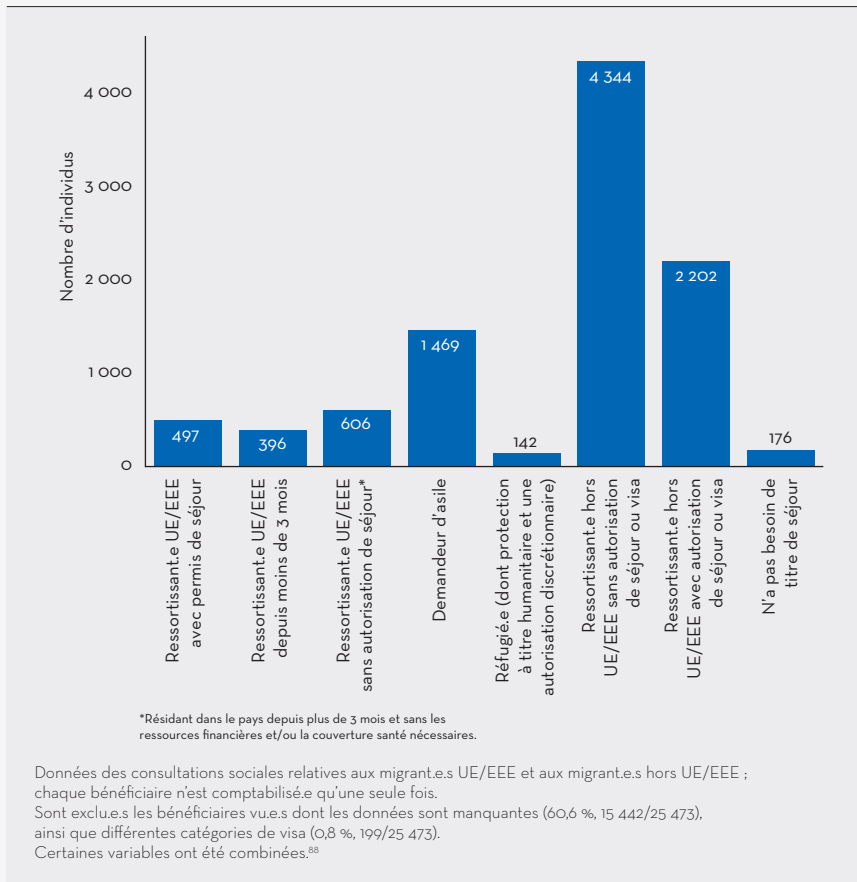
86. « Directive 2004/38/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004. » Journal officiel de l'Union européenne L158/77 (2004). (consulté le 26 septembre 2017, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ.L:2004:158:0077:0123:fr:PDF>).

87. « Migrants hors non UE/EEE en situation irrégulière » et « migrants UE/EEE sans autorisation de séjour ».

88. Les migrants hors UE/EEE avec visa ou autorisation de séjour sont : les migrants avec un permis de travail, une autorisation de séjour ou un visa touristique/étudiant/de courte durée. Les migrants hors UE/EEE sans autorisation de séjour sont : les migrants avec une autorisation de séjour pour un autre pays de l'UE/EEE résidant moins de 3 mois, ou sans autorisation.

Graphique 14.

Statut administratif des migrant.e.s UE/EEE et des migrant.e.s hors UE/EEE



Prénom : Joyce
Pays : Pays Bas

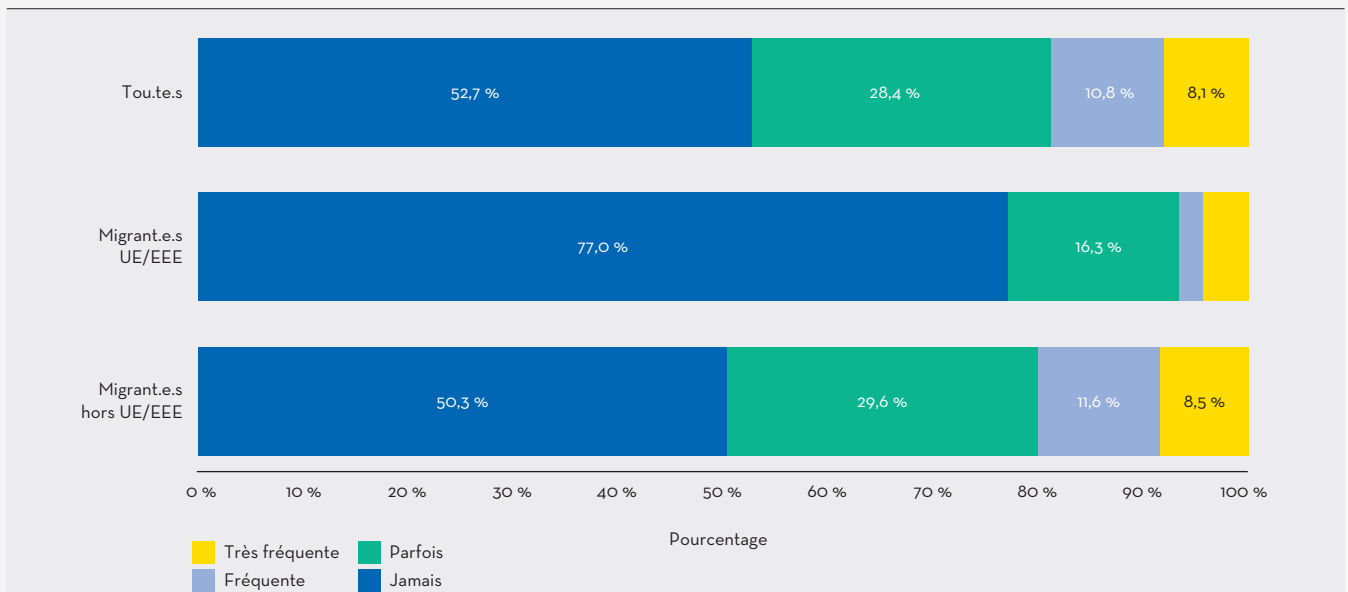
Joyce, 29 ans, a fui le Nigéria en 2009 et la pression de sa famille pour qu'elle subisse des mutilations génitales. Réfugiée au Pays Bas, elle a eu du mal à trouver un emploi sans documents en règle. Joyce a une fille de 11 mois et est enceinte de 28 semaines. Suite à la formation de calculs rénaux, elle s'est rendue chez MdM. Joyce dépend d'une personne pour se loger et des banques alimentaires pour se nourrir.

« Je ne me nourris que de féculents, ce qui n'est sain ni pour moi ni pour mon bébé. Je ne peux jamais manger de légumes, de fruits ou de viande. Je n'ai pas non plus accès à la nourriture pour bébé. Je n'ai pas d'argent. Je ne peux acheter de nourriture saine ni pour moi, ni pour ma fille, ni pour mon bébé. »

MdM aide Joyce et sa fille à se procurer de la nourriture et des vitamines. Après son accouchement, elle espère pouvoir demander l'asile et résider de façon permanente aux Pays Bas.

Graphique 15.

Limitation des déplacements des migrant.e.s UE/EEE et des migrant.e.s hors UE/EEE en situation irrégulière, de peur d'être arrêté.e



Données des consultations sociales concernant les migrant.e.s UE/EEE sans autorisation de séjour et les migrant.e.s hors UE/EEE en situation irrégulière ; chaque bénéficiaire n'est comptabilisé.e qu'une seule fois. Sont exclues les bénéficiaires vu.e.s dont les données sont manquantes (49,2 %, 2 433/4 950) et non interrogé.e.s (20,3 %, 1 005/4 950). Le groupe « Tous » n'inclue que les migrant.e.s UE/EEE et les migrant.e.s hors UE/EEE.



ACCÈS AUX SOINS

Nous avons précédemment abordé les facteurs économiques, sociaux et politiques ayant un impact sur la santé et le bien-être. Comme nous le démontrerons ci-dessous, ces facteurs ont également un impact sur l'accès aux soins des individus, qu'ils soient ou non éligibles à la couverture santé, et érigent des barrières à l'accès à la couverture santé et aux services de soins.

D'après l'OMS, la couverture santé « consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de prévention, de soins, de soins palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin, et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que le coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ».⁸⁹ L'importance de la couverture santé universelle est largement reconnue (par les Nations Unies et l'OMS) : la plupart des patient.e.s ne peuvent payer les coûts totaux des soins. Chaque personne peut accéder aux soins d'urgence dans les 28 États membres de l'UE.⁹⁰

89. Organisation mondiale de la Santé. « Couverture universelle sanitaire ». Systèmes de Santé, 2017 (consulté le 22 septembre 2017, http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/fr/).

90. Spenser, Sarah, and Vanessa Hughes. "Outside and In: Legal Entitlement to Health Care and Education for Migrants with Irregular Status in Europe." Oxford: COMPAS, 2015 (consulté le 27 septembre 2017, www.compas.ox.ac.uk/2015/outside-and-in/).



Prénom : Nipuni
Pays : Royaume-Uni

Nipuni, 84 ans, vient du Sri Lanka. Elle s'est rendue au Royaume-Uni pour rendre visite à sa fille, Hiruni, et ses petits-enfants. Cette dernière s'est rendue compte que la santé de sa mère s'est rapidement détériorée après son arrivée.

« Ma sœur et moi avons remarqué que notre mère était différente. Elle parlait très peu, restait dans son coin. Son visage ne s'illuminait que lorsqu'elle voyait ses petits-enfants. »

Nipuni avait un taux de cholestérol et une pression artérielle élevés. Elle a également montré des signes d'anxiété et de dépression. Hiruni a cherché un moyen pour Nipuni de rester au Royaume-Uni, pour pouvoir s'occuper d'elle. Malheureusement, Nipuni ne pouvait en aucun cas renouveler son visa de court séjour, valable six mois. Hiruni a tenté en vain de lui trouver un médecin généraliste qui accepterait de la recevoir sans visa. Dans l'impossibilité d'accéder aux soins, Hiruni a veillé elle-même sur sa mère, pris sa tension tous les jours et acheté ses médicaments à un médecin basé au Sri Lanka.

« Je prenais et surveillais sa tension tous les jours à la maison, où je recevais tous ses médicaments, pendant un an et demi. »

La famille a recommandé à Hiruni de se faire conseiller par MdM, qui a donné à Nipuni une lettre mentionnant son adresse, afin qu'elle puisse voir un médecin généraliste, mais le cabinet où elle s'est rendue a refusé de la recevoir sans visa.

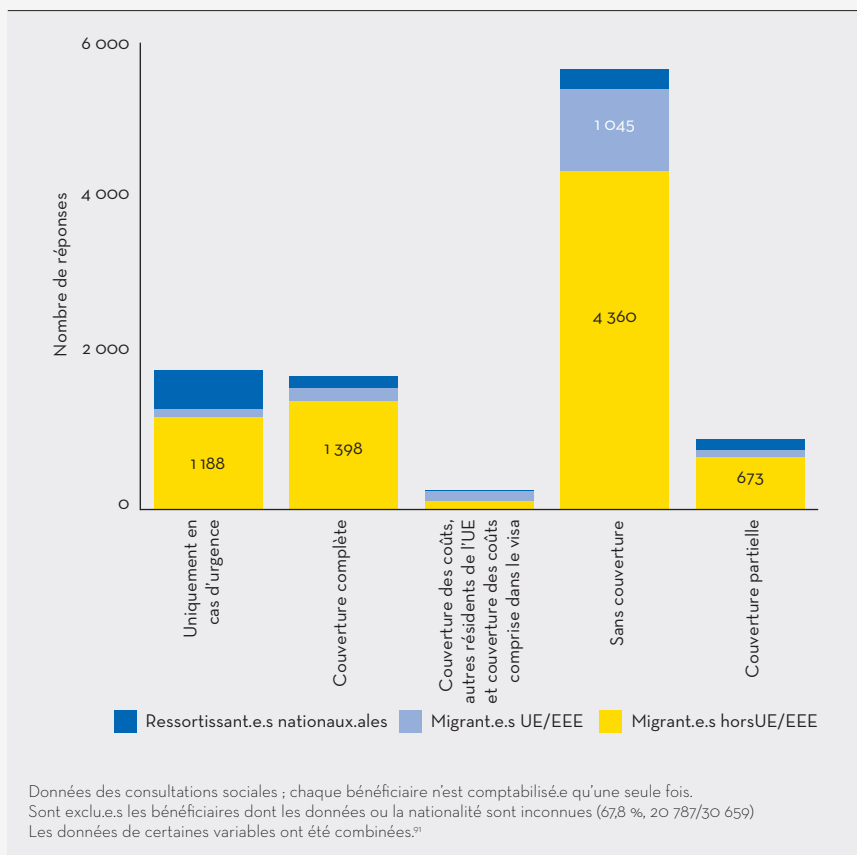
« Vous n'imaginez pas ce que j'ai pu ressentir. C'était comme si j'étais une criminelle, comme si j'avais tué quelqu'un. Après ça, j'avais perdu tout espoir. »

MdM a contacté le cabinet de médecine générale au nom de Nipuni et l'a enfin convaincu de la recevoir et de la suivre. Le médecin généraliste de Nipuni lui prescrit des traitements contre la tension artérielle et le cholestérol, ainsi que pour la cataracte.

« C'était comme si la personne rencontrée au cabinet avait complètement changé. Il m'a aidé à m'enregistrer et s'est assuré que je n'avais pas besoin de planifier des rendez-vous urgents. J'ai gardé son message en mémoire sur mon téléphone. Je ne veux pas le supprimer. Il représente tellement pour moi. »

Graphique 16.

Couverture santé des bénéficiaires, par groupe : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE

**COUVERTURE SANTÉ**

En tenant compte des limites des données, le graphique 16 démontre que la majorité des individus ont déclaré ne pas bénéficier d'une couverture santé (55,2 %, 5 582/10 120). Cela signifie qu'ils doivent payer la totalité des soins de santé. Tandis que 18,3 % (1 847/10 120) bénéficiaient d'une couverture uniquement en cas d'urgence et 17,8 % (1 804/10 120) avaient droit à une couverture complète. Il convient d'interpréter ces chiffres avec précaution, en raison de l'absence de données dans chaque groupe.

OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS

Les bénéficiaires de nos programmes ont été interrogés sur les obstacles rencontrés dans l'accès aux soins, qui sont généralement multiples. Le graphique 17 présente le nombre de réponses, et non le nombre d'individus interrogés.

En tenant compte des limites des données, la majorité des réponses indiquent ne pas avoir tenté d'accéder aux soins (18,9 %, 1 734/9 184). 17,0 % (1 558/9 184) indiquent avoir rencontré des obstacles administratifs et 16,3 % (1 493/9 184), des obstacles économiques. Les patient.e.s ont également déclaré méconnaître le système de santé (9,1 %, 833/9 184), ne pas maîtriser la langue (6,4 %, 584/9 184), s'être vu.e.s refuser l'accès aux soins (3,8 %, 353/9 184) et ne pas avoir tenté d'y accéder par peur d'être arrêté.e (2,2 %, 205/9 184).

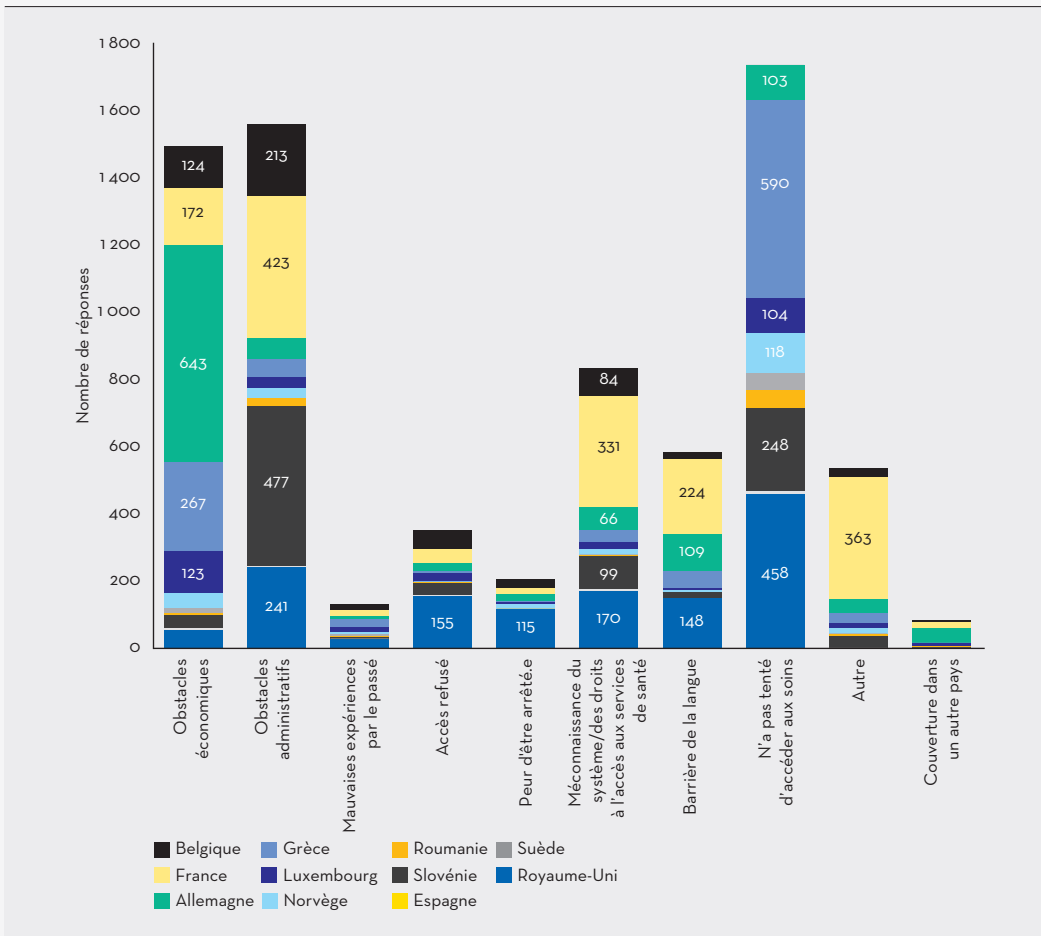
D'après le graphique 17, 43,1 % des réponses signalant des barrières économiques ont été enregistrées en Allemagne (643/1 493), tandis que 34,0 % des réponses affirmant que le bénéficiaire n'a pas tenté d'accéder aux soins ont été enregistrées en Grèce (590/1 734). 30,6 % des réponses signalant des obstacles administratifs ont été enregistrés en Espagne (477/1 558) et 27,2 %, en France (423/1 558).

56,1 % (115/205) des réponses rapportant la peur de l'arrestation et 43,9 % (155/353) des réponses signalant un accès refusé ont été enregistrés au Royaume-Uni.

D'après le graphique 18, 17,1 % (296/1 734) des ressortissant.e.s nationaux.ales ont déclaré ne pas avoir tenté d'accéder aux soins, tandis que 84,5 % (1 307/1 546) des migrant.e.s hors UE/EEE ont signalé des obstacles administratifs, et que 39,0 % (580/1 489) des migrant.e.s UE/EEE ont dit ne pas pouvoir surmonter les obstacles économiques.

91. Le groupe « Autre » inclut : couverture santé comprise dans le visa ; couverture santé dans un autre État membre/CEAM). « Couverture partielle » inclut : couverture santé pour une partie des coûts ; consultations de médecine générale gratuites ; accès aux consultations de médecine générale, dont une partie des coûts à charge ; accès aux soins secondaires. « Non couvert/e » inclut : aucune couverture ; accès au cas par cas.

Graphique 17.
Obstacles à l'accès aux soins signalés par les patient.e.s



18,9%

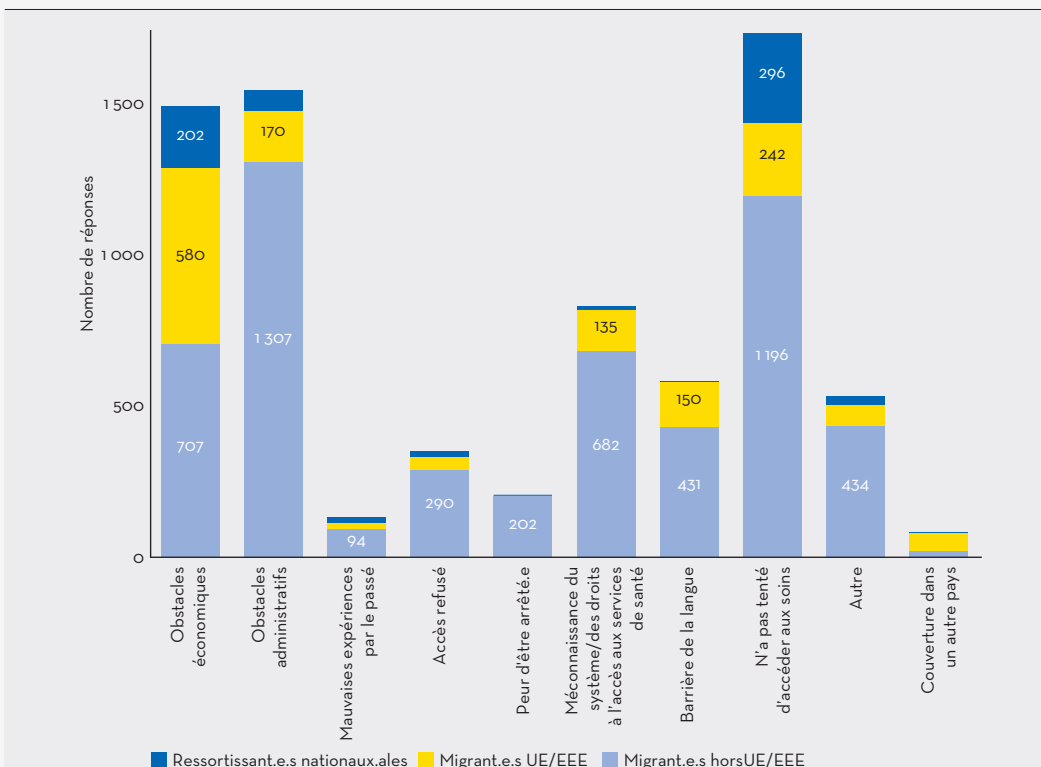
la majorité des réponses indiquent ne pas avoir tenté d'accéder aux soins (18,9 %, 1 734/9 184).

17%

indiquent avoir rencontré des obstacles administratifs (1 558/9 184).

Graphique 17. Données des consultations sociales ; chaque bénéficiaire n'est comptabilisé qu'une seule fois. Certains bénéficiaires ont donné des raisons multiples. Sont exclues les bénéficiaires n'ayant signalé aucun obstacle (5,5 %, 1 676/30 659) et dont les données sont manquantes (76,5 %, 23 465/30 659).
Groupe « Obstacles économiques » : prix des consultations, des traitements et de l'assurance maladie trop élevés.

Graphique 18.
Obstacles à l'accès aux soins signalés, par groupe de ressortissant.e.s nationaux, les migrant.e.s UE/EEE et les migrant.e.s hors UE/EEE



Graphique 18. Données des consultations sociales ; chaque bénéficiaire n'est comptabilisé qu'une seule fois. Certains bénéficiaires ont donné des raisons multiples. Sont exclues les bénéficiaires n'ayant signalé aucun obstacle (5,5 %, 1 676/30 659) et dont les données ou la nationalité sont inconnues (76,6 %, 23 485/30 659).
Groupe « Obstacles économiques » : prix des consultations, des traitements et de l'assurance maladie trop élevés.



PROBLÈMES ET ÉTAT DE SANTÉ

Dans cette partie, nous aborderons les problèmes de santé et pathologies diagnostiqués, et l'état de santé des patient.e.s tel qu'ils.elles le perçoivent.

••

Les maladies cardiovasculaires sont responsables du plus grand nombre de décès dus aux maladies non transmissibles, suivies des cancers, des maladies respiratoires et du diabète.

••

PATHOLOGIES COMMUNES

La montée des maladies non transmissibles (MNT) ou chroniques – maladies à progression lente – représente pour le système de santé public un défi à relever d'urgence. Les maladies cardiovasculaires sont responsables du plus grand nombre de décès dus aux maladies non transmissibles, suivies des cancers, des maladies respiratoires et du diabète.⁹²

Les graphiques 19 et 20 excluent les bénéficiaires dont les variables CISCOP sont manquantes (6,8 %, 2 300/33 878) et dont les variables concernant les maladies aiguës ou chroniques sont manquantes (42,3 %, 14 324/33 878).

Les problèmes les plus répandus sont respiratoires (19,4 %, 1 639/8 435), digestifs (16,0 %, 1 347/8 435), squelette-musculaires (13,5 %, 1 137/8 435) et dermatologiques (13,4 % 1 128/8 435).

42,3 % (161/381) des pathologies liées à une grossesse ont été signalées par des migrantes UE/EEE.

Les pathologies chroniques les plus répandues sont cardiovasculaires (19,9 %, 1 945/9 774), squelette-musculaires (13,2 %, 1 293/9 774), digestives (12,2 %, 1 191/9 774), endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (11,6 %, 1 133/9 774), et psychologiques (10,0 %, 975/9 774).

92. Organisation mondiale de la Santé. « Maladies non transmissibles. » OMS-Centre de presse, juin 2017 (consulté le 22 septembre 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>).



Prénom : Ioana
Pays : Roumanie

Ioana, 37 ans, vit dans la rue à Bucarest depuis qu'elle a 12 ans. Elle est usagère de drogues par voie intraveineuse et fréquente le centre d'accueil Caracuda depuis 2 ans. En 2016, elle s'est rendue au centre pour effectuer un test de grossesse, qui s'est avéré positif. En Roumanie, les femmes enceintes bénéficient d'une assurance maladie gratuite jusqu'à quelques semaines après leur accouchement.

« Deux ou trois mois plus tard, je suis allée seule [à l'hôpital] mais on a refusé de me recevoir. J'ai expliqué que j'étais enceinte et que je voulais m'assurer que mon bébé se portait bien. J'ai également dit que je connaissais mon droit à être prise en charge, mais en vain. »

Voulant désespérément voir un médecin pour vérifier l'état de santé de son bébé, Ioana s'est rendue dans un autre hôpital.

« Après deux heures d'attente environ, une femme médecin m'a reçue, mais ne m'a fait passer aucun test. Je suis partie sans avoir pu apprendre quoi que ce soit sur ma grossesse ou l'état de santé de mon bébé. Je sais que je mets sa santé en danger en consommant de la drogue, mais je ne peux pas me sevrer seule. J'essaie de réduire ma consommation au fur et à mesure. C'est pour cela que je tenais à me rendre à l'hôpital, pour m'assurer que le bébé allait bien. J'espère que c'est le cas et qu'il naîtra en bonne santé. »

Les pathologies chroniques cardiovasculaires sont les plus répandues au sein de chaque groupe (1 102/6 796 chez les migrant.e.s hors UE/EEE, 509/1 963 chez les migrant.e.s UE/EEE et 334/1 015 chez les ressortissant.e.s nationaux.ales), suivies par les pathologies squelette-musculaires chez les migrant.e.s hors UE/EEE (981/6 796), les pathologies endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles chez les migrant.e.s UE/EEE (307/1 963), ainsi que les pathologies psychologiques chez les ressortissant.e.s nationaux.ales (134/1 015).

En tenant compte des limites des données, il apparaît que les ressortissant.e.s nationaux.ales sont plus touchés par les pathologies chroniques (71,0, IC 95 % [68,6, 73,3]) que les migrant.e.s UE/EEE (49,9, IC 95 % [48,3, 51,4]) et les migrant.e.s hors UE/EEE (53,4, IC 95 % [52,5, 54,2]). De même, les migrant.e.s hors UE/EEE semblent être plus touchés par les pathologies chroniques que les migrant.e.s UE/EEE, puisque les intervalles de confiance (IC) ne se chevauchent pas.



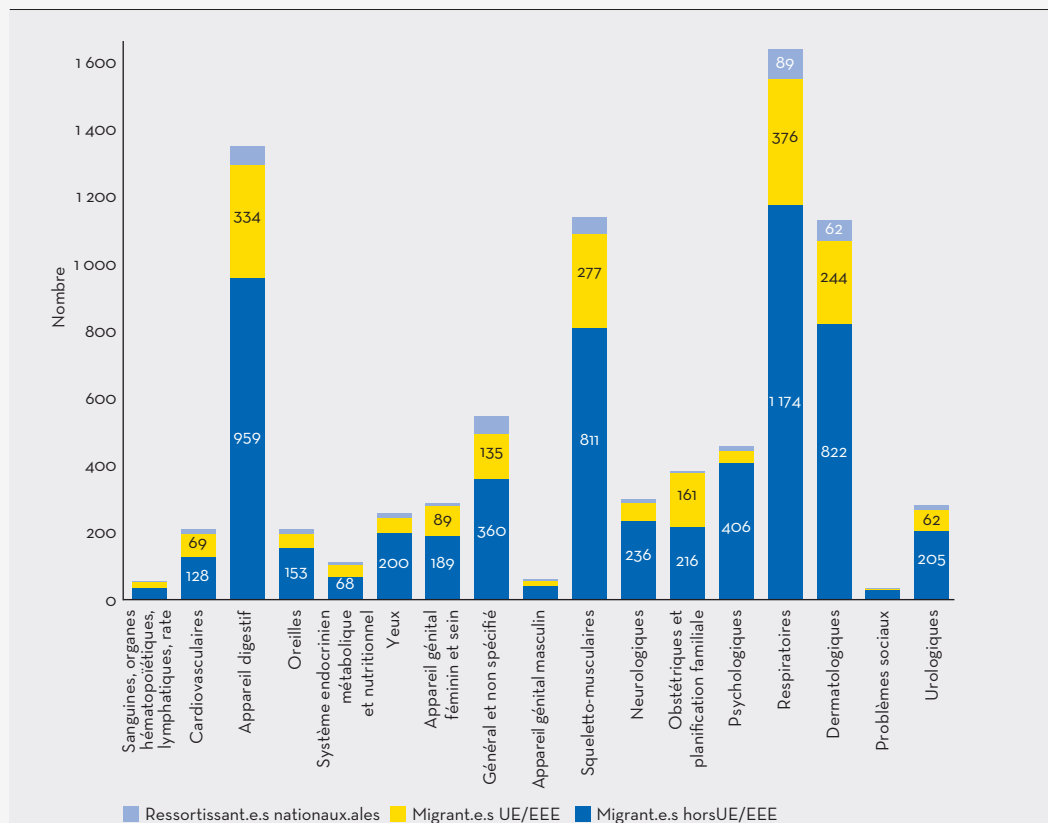
Prénom : Maria
Pays : Espagne

Maria, 50 ans, et son mari viennent du Honduras et vivent en Espagne depuis plusieurs années. Ils ne sont éligibles qu'à une couverture santé partielle, ce qui exclut les coûts des traitements et transports. Tous deux diabétiques, ils sont contraints de payer pour leur insuline. Maria n'a pas les ressources nécessaires et le couple doit pouvoir accéder aux soins en temps voulu, afin d'éviter les complications. Leur manque de ressources ne leur permet pas non plus de se rendre à l'hôpital.

Ils ont sollicité l'assistance juridique de MdM pour bénéficier des prestations et couvrir le coût de leurs traitements. MdM a envoyé pour eux une demande de prestations aux services sociaux et sollicité l'aide d'ONG pour financer provisoirement les traitements du couple.

Graphique 19.

Consultations pour des pathologies aiguës, par groupe : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE

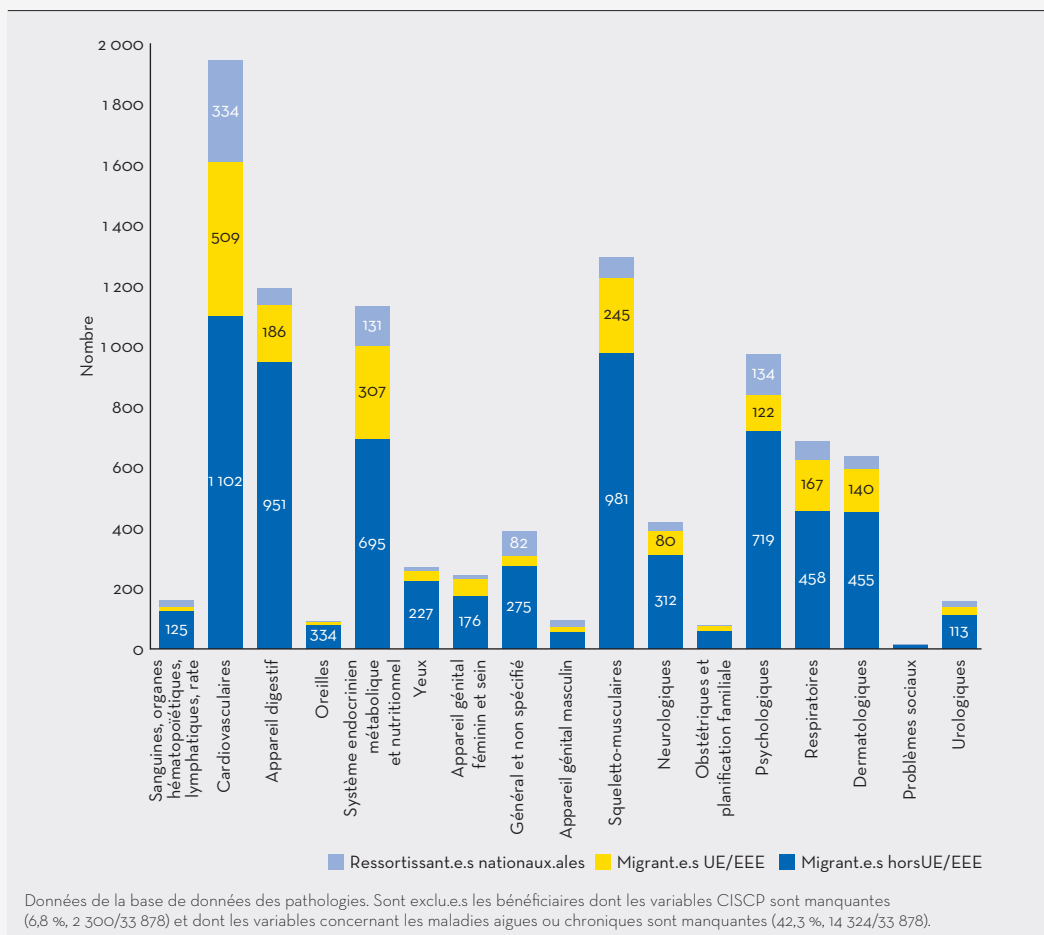


Données de la base de données de pathologies.

Sont exclues les bénéficiaires dont les variables CISCP sont manquantes (6,8 %, 2 300/33 878) et dont les variables concernant les maladies aiguës ou chroniques sont manquantes (42,3 %, 14 324/33 878).

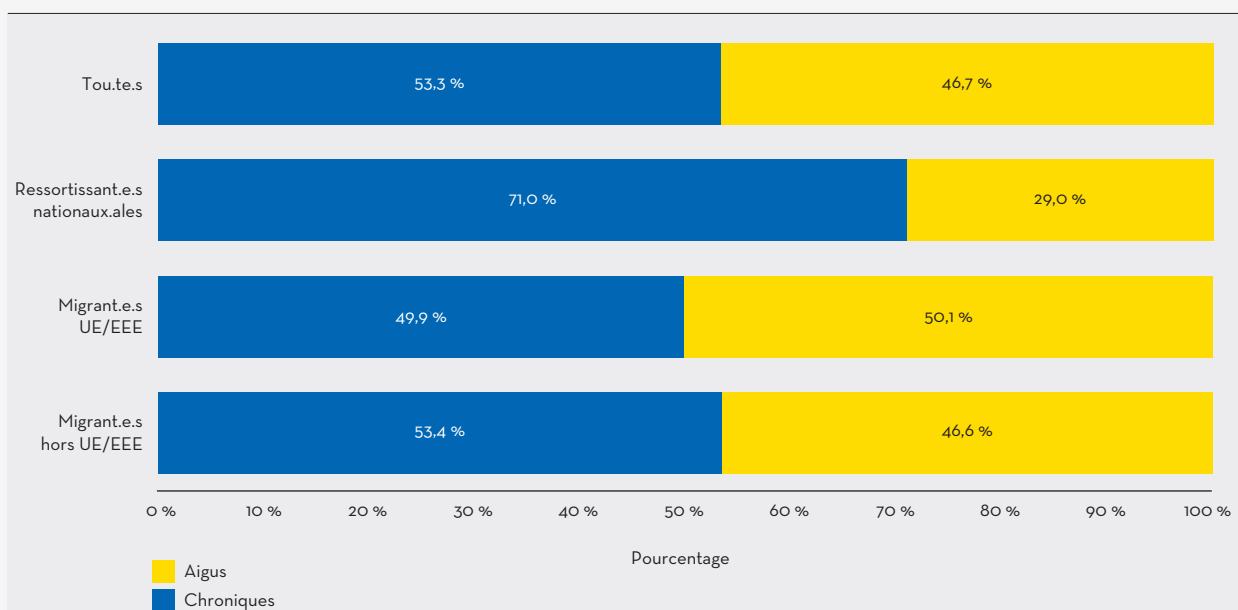
Graphique 20.

Consultations par des pathologies chroniques, par groupe : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE



Graphique 21.

Problèmes de santé aigus et chroniques, par groupe : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE





ÉTAT DE SANTÉ PERÇU

La collecte de données sur l'état de santé perçu permet de mieux connaître les besoins en matière de soins des patient.e.s exclu.e.s et d'envisager une approche holistique de la santé, favorable au bien-être physique et mental. Des études ont également démontré que l'état de santé perçu est un indicateur fiable de la morbidité :⁹³ l'état de santé perçu peut être plus stable que celui évalué par des professionnels.⁹⁴ Il apparaît que, de manière générale, les migrant.e.s et minorités ont une moins bonne perception de leur état de santé que la population globale.⁹⁵⁻⁹⁷

Le graphique 22 montre que, bien que 34,7 % (2 652/7 643) des patient.e.s aient estimé avoir un bon état de santé physique, plus de la moitié (53,4 %, 4 080/7 643) n'ont pas qualifié leur état de santé physique comme bon ou très bon. 16,7 % (1 274/7

643) ont déclaré avoir un mauvais état de santé et 4,3 % (329/7 643), un très mauvais état de santé. En tenant compte des limites de ces données, il apparaît que la réponse « très mauvais » a été donnée en majorité par les ressortissant.e.s nationaux.ales (6,5 %, IC 95 % [5,0, 8,3]), en comparaison aux migrant.e.s hors UE/EEE (3,8 %, IC 95 % [3,3, 4,4]).

Le graphique 23 montre que 49,4 % (3 714/7 515) des personnes ont estimé ne pas avoir un bon ou très bon état de santé psychologique. 14,9 % (1 122/7 515) ont dit avoir un mauvais état de santé psychologique et 5,8 % (433/7 515), un très mauvais état de santé. Il apparaît que les ressortissant.e.s nationaux.ales sont les premiers à qualifier leur état de santé psychologique comme très mauvais (11,2, IC 95 % [9,2, 13,4]), en comparaison aux migrant.e.s UE/EEE (6,6, IC 95 % [5,1, 8,4]) et aux migrant.e.s hors UE/EEE (4,8, IC 95 % [4,3, 5,4]).



Prénom : Tomas
Pays : Allemagne-

Tomas est un ressortissant roumain de 39 ans résidant en Allemagne. Fin 2015, il a quitté la ville de Timisoara en quête d'une nouvelle vie. Diabétique de type 1, il espérait que son assurance maladie roumaine serait toujours effective en Allemagne, mais il a découvert que l'accès au système de santé allemand lui était interdit.

« Je me suis retrouvé à court d'insuline et suis tombé dans le coma. J'ai passé une semaine à l'hôpital avant de me réveiller, puis je suis sorti avec suffisamment d'insuline pour une semaine de traitement. Ne parlant pas allemand, la langue a été une barrière quasi-insurmontable. Je ne comprenais pas les médecins et les médecins ne me comprenaient pas. »

Tomas a été à nouveau admis à l'hôpital en février, lorsque la pénurie d'insuline a conduit à l'amputation d'un de ses orteils. Il a une fois de plus pu repartir avec de l'insuline pour une semaine de traitement. Le jour où il allait consommer ses dernières doses, totalement paniqué, Tomas a rencontré MdM.

« J'avais un papier à la main qui ne comportait que quelques mots en allemand : "Insuline, s'il vous plaît !" »

MdM a contacté un traducteur roumain pour l'aider à décrire par écrit les antécédents médicaux de sa famille, à la demande de l'hôpital, et lui a également obtenu un accès à des traitements, des bilans médicaux et un appareil pour mesurer sa glycémie. Tomas a trouvé un endroit où vivre grâce à une association, et espère pouvoir trouver un emploi et commencer une nouvelle vie.

93. Kaplan, George A., Debbie E. Goldberg, Susan A. Everson, Richard D. Cohen, Riitta Salonen, Jaakko Tuomilehto, and Jukka Salonen. "Perceived Health Status and Morbidity and Mortality: Evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study." *International Journal of Epidemiology* 25, no. 2, (1996). 259-265. doi: 10.1093/ije/25.2.259.

94. Shields, Margot, and Shahin Shooshtari. "Determinants of Self-Perceived Health." *Health Reports* 13, no. 1, (2001). 35-52.

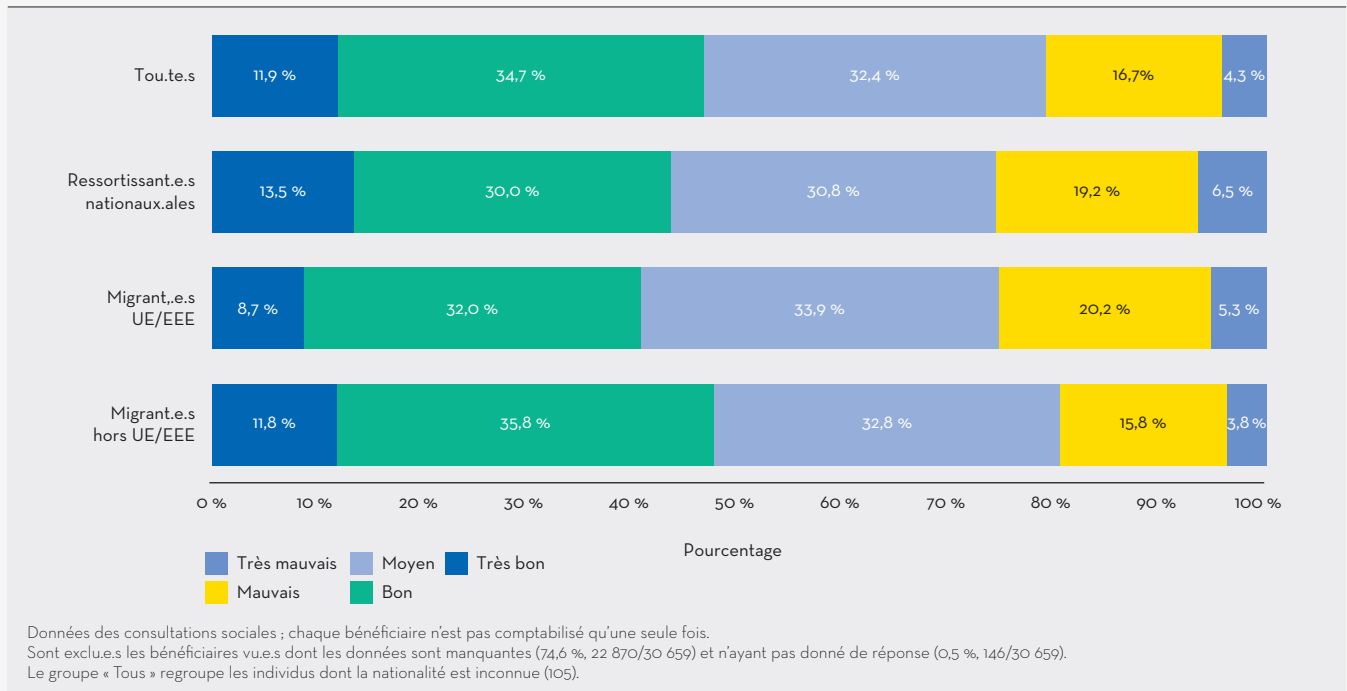
95. Nielsen, Signe Smith, and Allan Krasnik. "Poorer Self-Perceived Health Among Migrants and Ethnic Minorities Versus the Majority Population in Europe: A Systematic Review." *International Journal of Public Health* 55, no. 5, (2010). 357-371.

96. Koochek, Afsaneh, Ali Montazeri, Sven-Erik Johansson, and Jan Sundquist. "Health-Related Quality of Life and Migration: A Cross Sectional Study on Elderly Iranians in Sweden." *Health and Quality of Life Outcomes* 5, no. 60, (2007). doi: 10.1186/1477-7525-5-60.

97. Wiking, Eivor, Sven-Erik Johansson, and Jan Sundquist. "Ethnicity, Acculturation, and Self-Reported Health: A Population Based Study Among Immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden." *Journal of Epidemiology and Community Health* 58, no. 7 (2004). 574-582.

Graphique 22.

État de santé physique perçu, par groupe : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE



● ●
La collecte de données sur l'état de santé perçu permet de mieux connaître les besoins en matière de soins des patient.e.s exclu.e.s et d'envisager une approche holistique de la santé, favorable au bien-être physique et mental.
● ●



Prénom : Yasir
Pays : Norvège

Yasir est un demandeur d'asile somalien de 29 ans, dont le village a été détruit par les conflits. Craignant pour sa vie, il a quitté ses amis et sa famille pour se réfugier en Norvège. Sa demande d'asile a été rejetée et il est totalement exclu de l'accès aux soins.

Après son arrivée en Norvège, il a commencé à éprouver des difficultés pour respirer. La personne avec qui il vivait avait la tuberculose (TB). Craignant de l'avoir lui-même contracté, Yasir s'est rendu à l'hôpital pour un bilan. La consultation a écarté la TB, mais a révélé que Yasir souffrait d'un grave problème cardiaque qui nécessitait le remplacement d'une valve, ainsi qu'un traitement et des soins à vie.

« Je suis très malade et ne peux pas retourner en Somalie.

Le problème, c'est qu'UNE [instance d'appel pour les migrant.e.s] et UDI [Direction norvégienne de l'immigration] refusent de croire que je suis somalien et de me permettre d'obtenir l'asile. »

Aujourd'hui, Yasir fait des bilans réguliers au centre de santé pour les migrant.e.s sans papiers. Il espère qu'il pourra rester en Norvège, car il craint de ne pas pouvoir accéder aux traitements dont il a besoin en Somalie.

53,4%

Plus de la moitié (53,4 %, 4 080/7 643) n'ont pas qualifié leur état de santé physique comme "bon" ou "très bon".

16,7%

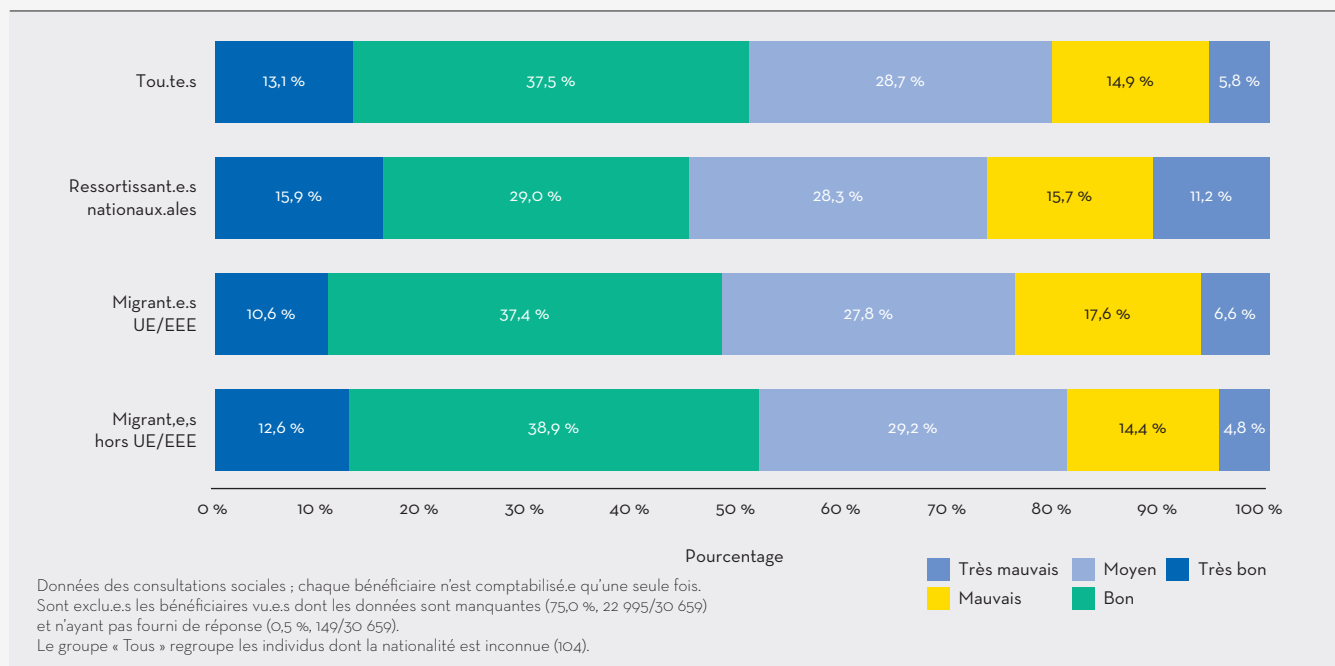
16,7 % (1 274/7 643) ont déclaré avoir un mauvais état de santé.

49,4%

des personnes ont estimé ne pas avoir un bon ou très bon état de santé psychologique (3 714/7 515).

Graphique 23.

État de santé psychologique perçue, par groupe : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE



Prénom : Femi
Pays : Suisse

Femi, 56 ans, est un musicien d'Afrique de l'Ouest. Il a fait une demande d'asile à son arrivée en Suisse, rejetée en 2014. Depuis, il vit illégalement dans le pays. Femi souffre de graves problèmes de santé mentale, notamment de dépression et d'épisodes psychotiques. Sans-abri, il dort dans des églises et des sous-sols et ne trouve que des emplois précaires. Les troubles de santé mentale de Femi sont exacerbés par ses conditions de vie : sans emploi ni logement, il ne peut bénéficier de l'assurance maladie afin de recevoir une aide psychiatrique. Il se rend régulièrement au centre MdM, où le personnel infirmier lui apporte tout le soutien nécessaire, et l'aide à acheter ses traitements et à trouver un hébergement d'urgence.

Femi a dû être hospitalisé suite à un grave épisode psychotique. MdM cherche avec le concours de l'hôpital une solution à long terme pour Femi, effectue un suivi psychiatrique et tente d'améliorer ses conditions de vie.

SANTÉ PUBLIQUE

Maximiser l'impact des initiatives de santé publique implique de cibler les populations exclues. Les récentes épidémies de rougeole en Europe⁹⁸ démontrent le rôle majeur de la vaccination pour la prévention des problèmes de santé publique, en protégeant à la fois chaque individu et la population globale.

Le graphique 24 présente la situation vaccinale des enfants de moins de 18 ans. Le groupe « Est vacciné.e » regroupe les enfants dont la vaccination est documentée. Le groupe « Est probablement vacciné.e » regroupe les enfants qui pensent avoir été vaccinés, mais dont les vaccinations n'ont pas été documentées. Les enfants dont la situation vaccinale est « Inconnue » ignorent s'ils.elles ont été vacciné.e.s ou non, contrairement aux enfants du groupe « N'est pas vacciné.e », qui savent avec certitude qu'ils.elles n'ont reçu aucun vaccin.

Les statistiques démontrent que le nombre d'enfants vacciné.e.s (« Est vacciné.e ») varie en fonction du vaccin : hépatite B (43,4, IC 95 % [42,1, 44,7]), ROR (53,0, IC 95 % [51,7, 54,3]), coqueluche (56,4, IC 95 % [55,1, 57,8]) et tétanos (59,1, IC 95 % [57,9, 60,4]).

La taille de l'échantillon ne permet pas de tirer des conclusions sur les niveaux de vaccination des populations, mais il apparaît d'après les données que ces niveaux sont inférieurs à ceux préconisés par le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies.⁹⁹

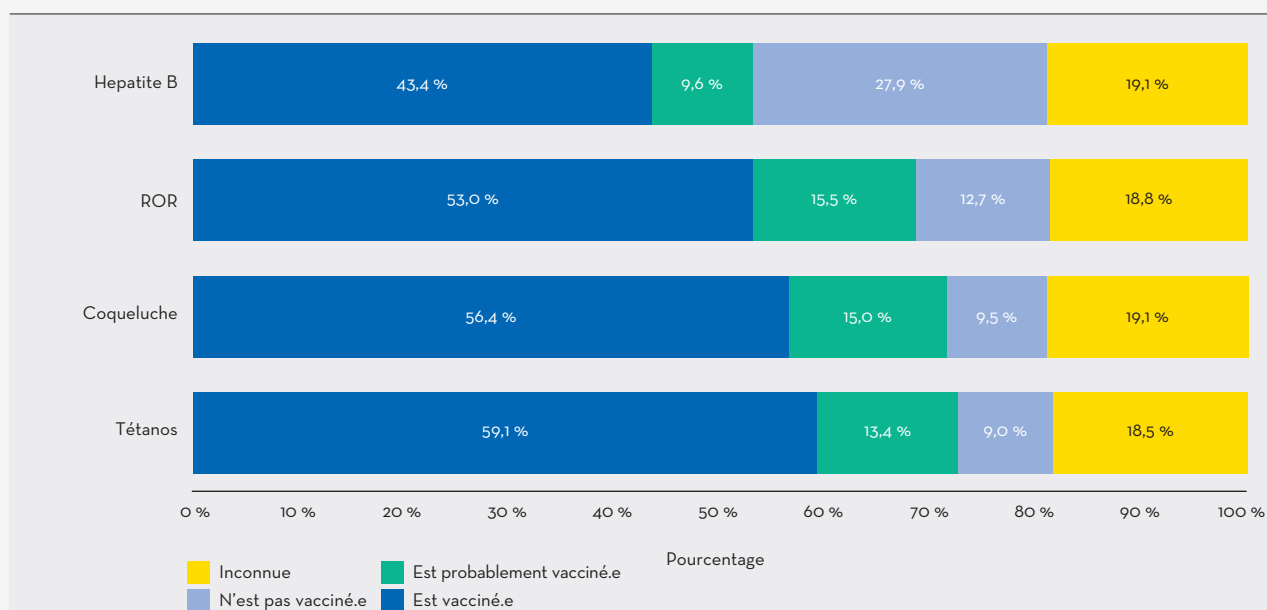
● ●
Maximiser l'impact des initiatives de santé publique implique de cibler les populations exclues. Les récentes épidémies de rougeole en Europe démontrent le rôle majeur de la vaccination pour la prévention des problèmes de santé publique, en protégeant à la fois chaque individu et la population globale.
● ●

⁹⁸. Organisation mondiale de la Santé. « Dans toute l'Europe, des flambées épidémiques compromettent l'élimination de la rougeole. » OMS-Centre de presse, 28 mars 2017 (consulté le 3 octobre 2017, <http://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2017/measles-outbreaks-across-europe-threaten-progress-towards-elimination>).

⁹⁹. OMS. « Global Vaccine Action Plan. » 2016 (consulté le 9 septembre 2017 <http://apps.who.int/gho/cabinet/gvap.jsp>).

Graphique 24.

Situation vaccinale des enfants de moins de 18 ans



Données des consultations médicales ; chaque bénéficiaire n'est comptabilisé.e qu'une seule fois. Sont exclu.e.s les bénéficiaires vu.e.s dont les données sont manquantes (21,0 %, 1 528/7 283).



Prénom : Mihai
Pays : Roumanie

Mihai, 29 ans, est un usager de drogues par voie intraveineuse vivant à Bucarest. Il consomme de l'héroïne depuis qu'il a 13 ans et fréquente le centre d'accueil Caracuda depuis son ouverture.

En 2016, Mihai s'est rendu au centre pour recevoir de la Bétadine et des compresses stériles, afin de traiter des blessures sur ces jambes. Une semaine plus tard, il a accepté d'être examiné par un médecin du centre, qui l'a immédiatement envoyé à l'hôpital, où le personnel a refusé de le prendre en charge.

« On m'a dit que j'étais séropositif sans m'avoir dépisté et on a refusé de m'examiner. J'ai été envoyé à l'hôpital Victor Babes pour les maladies infectieuses et tropicales, où on reçoit les usagers.ères de drogues séropositifs/ives. Mais à mon arrivée, les médecins m'ont dit qu'ils ne pouvaient me recevoir si je ne voyais pas un autre médecin pour traiter les blessures sur mes jambes, notamment avec des antibiotiques. L'hôpital ne pouvait pas me traiter pour ce problème et m'a dit de retourner d'où je venais. »

Le personnel du centre d'accueil a obtenu des documents officiels déclarant Mihai séronégatif afin qu'il puisse être traité. Le médecin de l'hôpital a affirmé qu'il ne pouvait bénéficier que de soins d'urgence, en l'absence d'assurance maladie. L'ONG Carusel a pris à sa charge une grande partie des coûts de l'assurance maladie de Mihai, afin que les blessures de ses jambes soient traitées. Mihai s'est bien remis mais il s'inquiète en permanence de la perte de son assurance maladie. Pour la conserver, Mihai doit payer 5,5 % du salaire mensuel minimum, dépense qu'il ne peut assumer actuellement.



Prénom : Nazaneen

Pays : Norvège

Nazaneen est une immigrante enceinte en situation irrégulière, d'une vingtaine d'années, vivant en Norvège. Elle a subi des violences conjugales, jusqu'à ce que son compagnon menace de la tuer et lui jette des objets au ventre, et qu'elle décide de fuir pour protéger son bébé.

Nazaneen s'est rendue au centre de santé pour les migrant.e.s sans papiers afin de recevoir des soins prénataux. Le personnel du centre lui a trouvé une place dans un refuge pour femmes, mais elle a dû partir le lendemain, lorsqu'ils ont découvert qu'elle était en situation irrégulière. Bien que les soins soient gratuits pour les femmes enceintes en Norvège quel que soit leur statut, Nazaneen a été victime des discriminations du personnel de l'hôpital local. On lui a fait des remarques désobligeantes sur son choix d'être enceinte et on l'a effrayée en l'informant qu'elle devra payer pour les services dont elle a bénéficié.

SOINS PRÉNATAUX

En dépit des efforts visant à réduire la mortalité maternelle (l'ODD 3 cible moins de 70 décès de femmes enceintes pour 100 000 naissances d'ici à 2030),¹⁰⁰ 830 femmes décèdent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement.¹⁰¹ Les soins prénataux sont l'un des principaux facteurs de réduction des risques de complications au cours de la grossesse et de l'accouchement.

L'impossibilité pour les femmes enceintes d'accéder aux soins en temps voulu contribue aux risques de complications.¹⁰² D'après le National Institute for Health and Care Excellence, la première visite aux services de soins prénataux doit s'effectuer le plus tôt possible.¹⁰³ Les lignes directrices de l'OMS préconisent un premier rendez-vous au cours des 12 premières semaines et au moins 8 rendez-vous durant la grossesse. Néanmoins, seuls 64 % des femmes enceintes reçoivent des soins prénataux quatre fois ou plus durant leur grossesse.¹⁰⁴

En 2016, 627 femmes enceintes ont été reçues dans nos centres et dans le cadre de nos programmes dans 17 pays différents.

D'après le graphique 25, 41,6 % des femmes enceintes ayant répondu ont pu accéder aux soins prénataux avant de se rapprocher de nos programmes ou centres (153/368). Les 58,4 % restants ont déclaré ne pas avoir pu y accéder (215/368).

Le nombre de migrantes UE/EEE n'ayant pas pu accéder aux soins prénataux avant leur consultation est inquiétant, particulièrement puisque le graphique 25 montre que 42,3 % des problèmes aigus de grossesse ont été signalés par les migrantes UE/EEE.

Il convient de noter que les données ne prennent pas en compte le stade de la grossesse. Les femmes enceintes depuis moins d'un trimestre n'ont pas nécessairement besoin d'accéder aux soins prénataux. Cependant, passé le premier trimestre, toute femme enceinte doit pouvoir accéder à ces soins. Le fait que nous venions en aide aux femmes enceintes dans le cadre de programmes ne proposant aucun service de soins prénataux complets prouve que ces femmes sont susceptibles de ne pouvoir accéder aux soins prénataux, ni de recevoir les soins préconisés par l'OMS.

41,6%

des femmes enceintes ont pu accéder aux soins prénataux avant de se rapprocher de nos programmes ou centres (153/368).

42,3%

42,3 % des problèmes aigus de grossesse ont été signalés par les migrantes UE/EEE.

^{100.} Organisation des Nations Unies. « Objectif 3 de développement durable : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Plateforme de connaissances sur le développement durable, 2017 (consulté le 22 septembre 2017, <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>).

^{101.} Organisation mondiale de la Santé. « Mortalité maternelle. » Aide-mémoire, 2016 (consulté le 27 septembre 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/>).

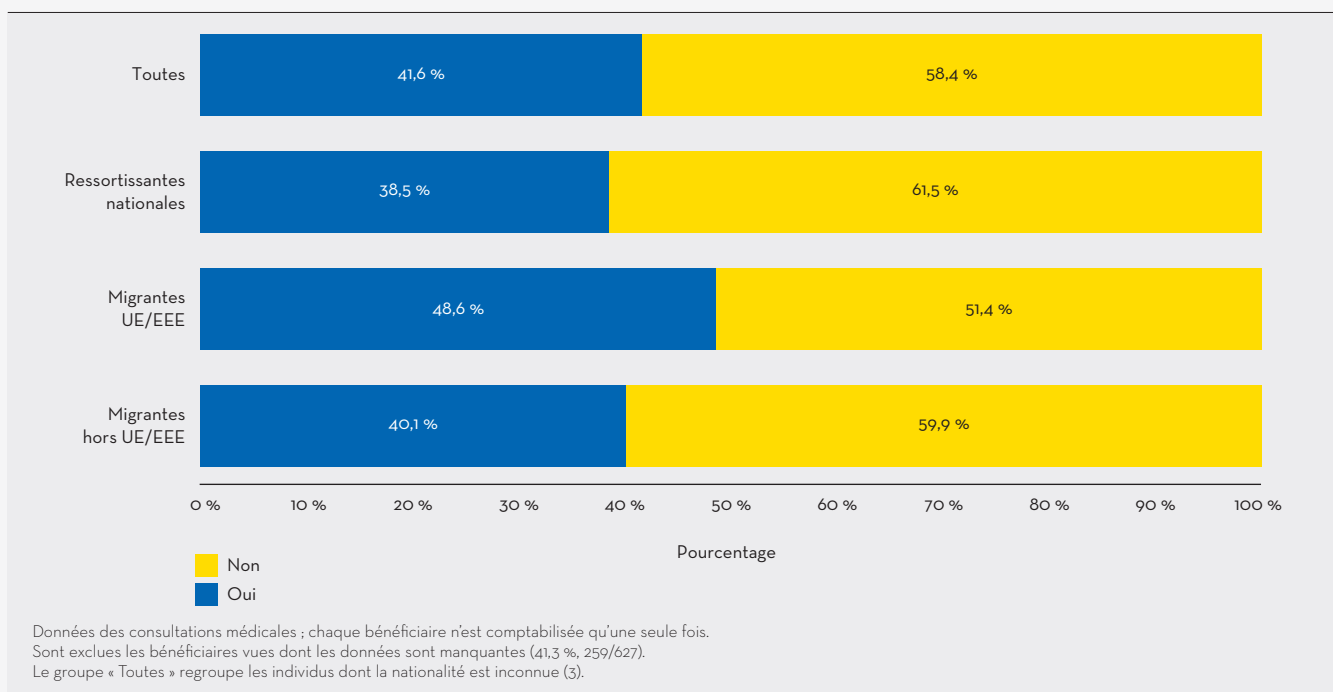
^{102.} OMS. "WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience." Sexual and Reproductive Health, 2016, pp13 - 105 (consulté le 10 octobre 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>).

^{103.} National Institute of Health and Care Excellence. "Antenatal Care." NICE Clinical Guideline 62 (2008). 227.

^{104.} OMS. "WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience." Sexual and Reproductive Health, 2016, pp13 - 105 (consulté le 10 octobre 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>).

Graphique 25.

Pourcentage de femmes enceintes ayant pu accéder aux soins prénataux avant de se rendre aux centres MdM, par groupe : ressortissantes nationales, migrantes UE/EEE et migrantes hors UE/EEE



Prénom : Miri
Pays : Allemagne

Miri, 32 ans, est une Rom de Bulgarie vivant en Allemagne. Sans emploi, son mari et elle n'ont pas accès aux soins ni au logement. Ils ont deux enfants et attendent l'arrivée d'un petit garçon. Miri avait besoin de bilans prénataux réguliers et d'un abri pour sa famille. Celle-ci a sollicité l'aide de MdM, qui a garanti à Miri l'accès à des soins prénataux, à des vêtements et à du matériel scolaire pour ses enfants.

« J'étais heureuse d'apprendre qu'il existait une organisation offrant des soins gratuits aux personnes comme nous, sans ressources ni couverture santé, y compris dans leur pays d'origine. »

CONCLUSION

SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX CONSTATS

La couverture santé universelle s'entend comme une solution pour combattre l'exclusion de l'accès aux soins. Selon l'OMS, la couverture santé universelle « consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de prévention, de soins, de soins palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ». ¹⁰⁵ Tel que notre enquête l'a démontré, l'existence d'une couverture santé universelle dans l'ensemble des pays membres de l'UE est une idée reçue. 55,2 % des personnes interrogées ne bénéficient d'aucune couverture santé.

Cette enquête dresse le portrait de ceux et celles qui passent à travers les mailles du filet des systèmes de santé européens. Bien que la plupart des personnes rencontrées soient de jeunes adultes, 22,2 % étaient des enfants (mineur.e.s de moins de 18 ans). La majorité d'entre elles était des migrant.e.s hors UE/EEE (79,1 %), principalement syrien.ne.s (13,0 %). Les données démontrent que les ressortissant.e.s nationaux.ales (12,1 %) et les migrant.e.s UE/EEE (7,5 %) font également face à des obstacles à l'accès aux systèmes de santé.

Notre enquête a révélé la prévalence des déterminants sociaux de santé (facteurs économiques, psychosociaux et politiques connus pour favoriser la détérioration de la santé et du bien-être) de ces patient.e.s et que nombre d'entre eux.elles vivaient au jour le jour. 89,0 % d'entre eux vivaient sous le seuil de pauvreté et 77,3 % étaient sans emploi. 23,8 % vivaient dans la rue, des camps, des bidonvilles ou des squats.

L'ensemble de ces patient.e.s sont victimes de l'exclusion sociale : 38,9 % d'entre eux ne disposaient pas d'un réseau personnel pour les soutenir et 54,6 % ne maîtrisaient pas la langue locale. Il est apparu que les migrant.e.s UE/EEE sont les premières victimes de la pauvreté, de l'absence de domicile et de l'exclusion sociale.

De nombreuses personnes subissent une incroyable pression émotionnelle au quotidien. Interrogé.e.s sur les raisons de leur départ, 18,0 % des réponses provenant des migrant.e.s UE/EEE indiquent chercher à fuir la persécution ou la discrimination en raison de leurs opinions politiques, de leur religion, de leurs origines/leur appartenance ethnique ou de leur orientation sexuelle. 14,1 % des réponses indiquent fuir la guerre et 5,6 %, les conflits familiaux. 61,7 % des personnes ont été séparées de leurs enfants (mineur.e.s de moins de 18 ans) et 56,2 % ont déclaré avoir subi des violences. La moitié des patient.e.s n'était pas autorisée à résider dans le pays où ils.elles vivaient (50,3 %) et 47,3 % d'entre eux.elles limitaient leurs déplacements par peur d'être arrêtés.

Nous avons également interrogé nos patient.e.s sur les obstacles rencontrés dans l'accès aux services de soins. L'analyse de leurs réponses a révélé que ces facteurs économiques, psychosociaux et politiques sont défavorables à l'accès aux soins. La plupart des réponses sont « ne pas avoir tenté d'accéder aux soins » (18,9 %). Ceux et celles ayant tenté leur chance ont été freiné.e.s par des obstacles administratifs (17,0 %) ou leur méconnaissance du système de santé (9,1 %). Ces obstacles sont autant de signes d'exclusion sociale : les patient.e.s ne disposant pas d'un réseau de soutien personnel et ne maîtrisant pas la langue locale doivent se frayer un chemin à travers les procédures administratives.

Ces patient.e.s ont fait face à des obstacles économiques insurmontables. Le pourcentage des réponses affirmant ne pas pouvoir payer pour une couverture santé, leurs rendez-vous ou leurs traitements s'élève à 16,3 %.

Nous avons également rencontré des patient.e.s dont l'accès aux soins a été freiné par des facteurs politiques. Nous avons eu 3,8 % de réponses indiquant s'être vu.e.s refuser l'accès aux services de soins et 2,2 % ne pas avoir tenté d'y accéder par peur d'être arrêtés.

Il est évident que les données sur l'état de santé des patient.e.s exclus sont difficiles à collecter. En interrogeant nos patient.e.s sur leurs pathologies, leur état de santé perçu et leurs vaccins, nous complétons les bases de données disponibles, tel que nous l'avons fait pour les précédents rapports.

Les problèmes aigus signalés étaient respiratoires (19,4 %), digestifs (16,0 %), squelette-musculaires (13,5 %) et dermatologiques (13,4 %). Les pathologies chroniques étaient cardiovasculaires (19,9 %), squelette-musculaires (13,2 %), digestives (12,2 %), endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (11,6 %), et psychologiques (10,0 %). Les ressortissant.e.s nationaux.ales sont les plus touchés par les pathologies chroniques (71,0 %).

Concernant les quatre vaccins infantiles (documentés), 43,4 % des enfants vus ont été vaccinés contre l'hépatite B, 53,0 % contre les ROR, 56,4 % contre la coqueluche et 59,1 % contre le tétanos.

Notre enquête a démontré que certaines femmes enceintes en Europe ne peuvent accéder aux soins prénataux préconisés par l'OMS. Plus de la moitié des femmes enceintes n'ont reçu aucun soin prénatal avant de bénéficier de nos programmes (58,4 %). Nombre de migrantes UE/EEE n'ont pu accéder à ces soins, bien que ce groupe soit le groupe le plus touché par les pathologies aiguës au cours des grossesses (42,3 %).

¹⁰⁵ WHO. "Universal Health Coverage." Health systems, 2017 (accessed on September 22, 2017, www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/)

LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE REQUIERT PLUS QU'UNE COUVERTURE SANTÉ « D'URGENCE »

18,3 % des personnes rencontrées bénéficiaient d'une couverture santé « uniquement en cas d'urgence », couverture mise en place par de nombreux gouvernements européens pour certaines populations.¹⁰⁶⁻¹⁰⁷ Le droit international relatif aux droits humains, les Nations Unies et l'OMS rejettent ces soins d'urgence en tant que prise en charge minimum.¹⁰⁸ Cette insuffisance en termes de soins est illustrée par les visites de patient.e.s dans nos centres n'étant couverts « que pour les soins d'urgence ».

Ce type de couverture pose de nombreux défis. Négliger la prévention, les soins de santé primaires et les interventions immédiates contraint les personnes à attendre, au risque de voir une aggravation de leurs problèmes, plus difficiles à traiter. Des études démontrent que limiter l'accès aux soins représente à long terme un coût pour les gouvernements.¹⁰⁹⁻¹¹¹ Cette pratique est également néfaste pour la lutte contre la montée des MNT, nécessitant un accès aux soins ininterrompus pour les personnes souffrant de problèmes chroniques.



105. Organisation mondiale de la Santé. « Couverture universelle sanitaire ». *Systèmes de Santé*, 2017 (consulté le 22 septembre 2017, http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/fr/).

106. Spenser, Sarah, and Vanessa Hughes. "Outside and In: Legal Entitlement to Health Care and Education for Migrants with Irregular Status in Europe." Oxford: COMPAS, 2015 (consulté le 27 septembre 2017, www.compas.ox.ac.uk/2015/outside-and-in/).

107. OIM. « Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Report. » IOM Migration Research Series no. 52. Ginebra: OIM, 2016 (consulté le 27 septembre 2017, https://publications.iom.int/system/files/mrs_52.pdf).

108. Ingleby, David, and Roumyana Petrova-Benedict. "Recommendations on Access to Healthcare Services for Migrants in an Irregular Situation: An Expert Consensus." Bruxelles: OIM, 2016 (consulté le 27 septembre 2017, <http://equi-health.eea.iom.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>).

109. Trummer, Ursula, Sonja Novak-Zezula, Anna-Theresa Renner, and Ina Wilczewska. "Cost Analysis of Health Care Provision for Migrants and Ethnic Minorities." Vienna: C-HM, 2015. Thematic study developed and implemented by C-HM under the overall guidance of International Organization for Migration Regional Office Brussels, Migration health Division within the framework of the IOM/EC EQUI-HEALTH project "Fostering health provision for migrants, the Roma, and other vulnerable groups".

110. Bozorgmehr, Kayvan, and Oliver Razum. "Effects of Restricting Access to Health Care on Expenditure Among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013." *Public Library of Science*, ONE 10, no. 7 (2015). e0131483. doi:10.1371/journal.pone.0131483.

111. EU Fundamental Rights Agency. « Cost of exclusion healthcare. The case of migrants in an irregular situation. » Vienna: ADF, 2015 (consulté le 27 septembre 2017, http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf).

CONCLUSION

APPROCHES PROGRESSIVES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La plupart des gouvernements européens reconnaît qu'il est indispensable de protéger la santé publique, à travers l'accès à la vaccination, au dépistage des maladies infectieuses et à leur traitement, pour tous et toutes.¹¹² Les données collectées soulignent que les décideurs politiques doivent adopter une approche progressive et plus large de la santé publique concernant l'accès aux soins. Outre la prévention des maladies infectieuses, cette approche donnera la priorité à la mise en place d'un accès aux soins de santé primaires, prénataux et postnataux, aux services publics de santé mentale, ainsi qu'à la promotion de la santé. Elle prendra également en compte les déterminants sociaux de la santé.

Les disparités en matière de vaccination, révélées par les données collectées, indiquent que les approches de l'accès aux soins ne permettent pas d'atteindre les niveaux préconisés, actuellement.¹¹³ Maximiser l'impact des programmes de prévention des maladies infectieuses implique de garantir un accès régulier aux soins de santé primaires à tous les membres d'une communauté. Ainsi, nous augmenterons les chances d'accès au dépistage et de respect des traitements ainsi que des plans de vaccination.

Réduire la mortalité et la morbidité périnatales et maternelles est primordial pour la plupart des États. Offrir des soins prénataux et postnataux de qualité, en empêchant que les problèmes de santé de la mère aient un effet néfaste sur le développement de son enfant, est essentiel à la protection de la santé publique. Cependant, tel que l'illustre ce rapport, l'accès aux soins prénataux n'est pas garanti : 58,4 % des patientes reçues n'ont pas eu accès aux soins prénataux avant leur consultation.

LA SANTÉ : UN INSTRUMENT DU CONTRÔLE DE L'IMMIGRATION

Limiter l'accès des migrant.e.s aux services sociaux et de soins dans le but de réduire les migrations apparaît de plus en plus comme un objectif politique manifeste des gouvernements.¹¹⁴⁻¹¹⁵ Le partage d'informations relatives aux migrant.e.s en situation irrégulière entre les services sociaux et de santé et les agences de l'immigration est un des piliers de ces politiques. En 2015, cinq États membres de l'UE ont ordonné aux professionnels de santé de dénoncer les migrant.e.s en situation irrégulière auprès des autorités et mis en place de nouveaux mécanismes pour le partage de l'information avec les agents de l'immigration.¹¹⁶ D'autres gouvernements européens leur ont depuis emboîté le pas.¹¹⁷

Ces politiques reposent sur un principe voulant que l'accès des migrant.e.s en situation irrégulière à ces services facilite leur identification, leur arrestation et leur expulsion, ou que la peur des autorités soit telle qu'elle les décourage et qu'ils/elles décident de partir d'eux/elles-mêmes.¹¹⁸

Les données collectées démontrent que ces politiques excluent des populations de l'accès aux services de soins (2,2 %). Toutefois, rien ne permet d'affirmer que ces politiques permettent de réduire les migrations.¹¹⁹ Les données présentées dans ce rapport (et les précédents rapports de l'Observatoire¹²⁰) révèlent que ce ne sont pas les services de soins qui attirent les migrant.e.s vers l'Europe : seuls 2,9 % des réponses des migrant.e.s hors UE/EEE et 2,5 % de celles des migrant.e.s UE/EEE affirment avoir quitté leur pays d'origine pour des raisons de santé.

Ces politiques posent de nombreuses problématiques, outre leur efficacité et en termes éthiques. Elles risquent de mettre en péril la santé publique, la confiance placée dans la confidentialité des systèmes de santé, la relation médecin-patient et la protection des droits humains, et d'accroître les coûts.

112. OIM. « Summary Report on the MIPEx Health Strand and Country Report. » OIM Migration Research Series no. 52. Ginebra: OIM, 2016 (consulté le 27 septembre 2017, https://publications.iom.int/system/files/mrs_52.pdf).

113. OMS. "Global Vaccine Action Plan." 2016 (consulté le 9 septembre 2017, <http://apps.who.int/gho/cabinet/gvap.jsp>).

114. Gouvernement du Royaume-Uni. "Guidance. Immigration Act: Overview." GOV.UK, 2016 (consulté le 22 septembre 2017, <https://www.gov.uk/government/publications/immigration-bill-2015-overarching-documents/immigration-bill-201516-overview-factsheet>).

115. Gouvernement allemand, « Gesetz zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und in der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch. » Berlin : 2016 (consulté le 2 septembre 2017, <http://diptb.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/772/77237.html>).

116. Organisation internationale pour les migrations. « Summary Report on the MIPEx Health Strand and Country Report. » OIM Migration Research Series no. 52. Geneve: OIM, 2016 (consulté le 30 septembre 2017, https://publications.iom.int/system/files/mrs_52.pdf).

117. Gouvernement du Royaume-Uni Home Office, Department of Health, and NHS Digital. "Memorandum of Understanding Between Health and Social Care Information Centre and the Home Office and the Department of Health." 2016 (consulté le 26 septembre 2017, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/585928/MOU_v3.pdf).

118. Plateforme pour la coopération internationale sur les migrants sans-papiers (PICUM). « PICUM Key Messages to the 2nd Convention of the European Platform against Poverty and Social Exclusion. » Bruxelles : 5-7 décembre 2012. PICUM, 2012.

ASILE ET SOINS DE SANTÉ

14,1 % des réponses des migrant.e.s hors UE/EEE ont déclaré avoir fui la guerre et les conflits armés sévissant dans leur pays d'origine, 18,0 % fuyaient les persécutions ou la discrimination liées à leurs opinions politiques, leur religion, leurs origines/leur appartenance ethnique ou leur orientation sexuelle, et les conflits familiaux dans 5,6 % des cas. 14,9 % ont demandé l'asile, 1,4 % ont obtenu le statut de réfugié.e, une protection à titre ou une autorisation discrétionnaire. Le nombre de patient.e.s dans nos centres indique que les systèmes de santé européens ne répondent pas aux besoins des réfugié.e.s et demandeurs.euses d'asile en matière de soins.

L'éligibilité des réfugié.e.s et demandeurs.euses d'asile aux services de santé de droit commun est inégale au sein de l'UE, en dépit du fait que la directive européenne 2013/33/UE impose aux États membres de « faire en sorte que les demandeurs.euses d'asile reçoivent les soins médicaux nécessaires qui comportent, au minimum, les soins urgents et le traitement essentiel des maladies et des troubles mentaux graves ». ¹²¹ Les réfugié.e.s et demandeurs.euses d'asile vivant dans un pays étranger sont plus susceptibles d'être confronté.e.s à des obstacles, tels que la méconnaissance des systèmes de santé, et des barrières administratives. L'exclusion des réfugié.e.s et des demandeurs.euses d'asile des services de soins, qu'elle soit du fait de la loi ou des obstacles pratiques, est particulièrement inquiétante, notamment à la lumière de leurs besoins en matière de soins physiques et psychologiques. ¹²²

14,1%

des réponses des migrant.e.s hors UE/EEE ont déclaré avoir fui la guerre et les conflits armés sévissant dans leur pays d'origine.

18%

fuyaient les persécutions ou la discrimination liées à leurs opinions politiques, leur religion, leurs origines/leur appartenance ethnique ou leur orientation sexuelle.

119. Ingleby, David, and Roumyana Petrova-Benedict. "Recommendations on Access to Healthcare Services for Migrants in an Irregular Situation: An Expert Consensus." Bruxelles: OIM, 2016 (consulté le 27 septembre 2017, <http://equi-health.eea.iom.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>).

120. Les précédents rapports sont disponibles à l'adresse : <https://mdmeuroblog.wordpress.com/resources/publications/>

121. Union européenne. « Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale. » EUR-Lex, 2017 (consulté le 26 septembre 2017, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32013L0033>).

122. Kane, Jeremy C., Peter Ventevogel, Paul Spiegel, Judith K. Bass, Mark van Ommeren, and Wietse A. Tol. "Mental, Neurological, and Substance Use Problems Among Refugees in Primary Health Care: Analysis of the Health Information System in 90 Refugee Camps." *BMC Medicine* 12 (2014): 228.

MÉTHODOLOGIE ET LIMITES

L'objet de ce rapport est de collecter des données fiables, analysées et validées par un épidémiologiste reconnu. Ces données, destinées aux décideurs politiques aux niveaux local, régional, national et européen, sont précieuses pour la réduction des vulnérabilités en santé et déterminer comment mieux adapter nos systèmes de santé. De même, elles permettront aux universitaires de mieux comprendre comment ces vulnérabilités contribuent à des inégalités en santé.

Les données ont été collectées entre janvier et décembre 2016, au cours de 1 10 277 consultations (36 409 consultations médicales et 73 868 consultations sociales).

ORIGINES DES DONNÉES

Les données présentées dans ce rapport ont été collectées au cours de consultations en face à face dans les 13 centres de soins de MdM (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Grèce, Irlande, Luxembourg, Norvège, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède et Suisse) et les programmes partenaires, par des médecins, personnels infirmiers et de soutien bénévoles, au cours des consultations sociales et médicales. Les premières se focalisent sur les déterminants sociaux de la santé, tels que les conditions de vie, l'accès aux soins et la couverture santé, tandis que les secondes abordent les antécédents médicaux, l'état de santé, les grossesses et la vaccination. Au cours de celles-ci, les diagnostics ont été documentés grâce à la classification des maladies de la Classification internationale des soins primaires (CISP-2).¹²³

La collection des données est incomplète.

- MdM Espagne a fourni des données collectées dans 7 des 20 centres de soins, soit d'environ 10 % des bénéficiaires reçus.
- MdM Grèce a interrogé un patient sur 10 au sein de chaque polyclinique, à l'exception de celles d'Athènes (1 sur 20) et de Mytilène (100 % des patient.e.s vus en consultation médicale).
- MdM Allemagne a fourni des données collectées à Hambourg (100 % des patient.e.s vu.e.s en consultation médicale et 50 % de ceux vus en consultation sociale) et à Munich (100 % des patient.e.s vu.e.s en consultation médicale et sociale).
- Migrant Rights Centre Ireland n'a collecté que des données sociales (100 % des patient.e.s vus).
- Slovene Philanthropy (Slovénie) a interrogé 100 % de nouveaux patient.e.s et un tiers des patient.e.s régulier.ère.s.
- Tous les autres centres MdM ont interrogé 100 % de patient.e.s au cours de consultations médicales et sociales.

Certain.e.s bénéficiaires ont été reçu.e.s en consultation médicale et sociale à plusieurs reprises. Les données analysées sont celles collectées lors d'une consultation sociale et médicale par individu, en fonction du nombre de réponses, en privilégiant les données collectées lors que la première consultation.

Un algorithme a permis d'identifier les données démographiques les plus complètes et à étudier. Un patient est sélectionné lorsqu'il a été reçu plusieurs fois et lorsque la première consultation a obtenu le meilleur score, ou un score égal au meilleur. Les données présentées dans le graphique 1 (« Ceux et celles que nous avons rencontrés ») apportent une vision globale des consultations par pays en 2017 et sont donc comptabilisées plusieurs fois par individu. En outre, les données relatives aux pathologies de chaque bénéficiaire ont été collectées au cours des consultations médicales sans distinction entre les individus, qui peuvent par conséquent apparaître plusieurs fois dans notre base de données, en fonction du nombre de pathologies signalées.

123. Organisation mondiale de la Santé. « *International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2)* » (consulté le 1 octobre 2017, <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>)

STATISTIQUES

Toutes les variables ont été standardisées avant de procéder à l'analyse des données, afin d'assurer l'homogénéité des réponses données dans tous les centres de soins MdM. Par exemple, l'Observatoire international a défini un ensemble de situations administratives. Le pays d'origine a été utilisé pour regrouper les ressortissant.e.s nationaux.ales, les migrant.e.s UE/EEE et les migrant.e.s hors UE/EEE.

Les données présentées dans le Rapport de l'Observatoire correspondent aux réponses données ou des pourcentages bruts. Des tests statistiques khi-2 et des estimations d'intervalle de confiance (CI) à 95 % ont été réalisés.

LIMITES

Les données présentées dans le Rapport de l'Observatoire ont été collectées dans le cadre des opérations menées dans les centres de soins MdM et nombre de ces données sont manquantes. Ces carences sont signalées tout au long du rapport le cas échéant, afin de nuancer les comparaisons entre groupes. Il convient également de noter que certaines données n'ont pas été collectées par pays et ne sont par conséquent par représentatives des bénéficiaires des centres de soins MdM.

Les individus reçus en consultation dans les centres de soins MdM n'ont pas été interrogés au hasard. Les résultats doivent être appréciés comme une illustration des défis auxquels font face les populations exclues, non seulement vues par MdM, mais également de manière générale dans chaque pays partenaire. Cependant, les bénéficiaires des centres de soins MdM sont parmi les plus vulnérables et marginalisés.e.s, exclu.e.s de la majorité des systèmes statistiques courants et indispensables. Le Rapport de l'Observatoire international constitue donc une importante source d'informations relatives aux populations exclues.

Le groupement des individus par pays d'origine – ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE – comporte également des limites, puisque le pays donné ne permet pas de déterminer la nationalité ou double nationalité du.de la bénéficiaire.

Les graphiques 14 et 16 combinent des données issues de plusieurs variables.

- **Graphique 14. Statut administratif des migrant.e.s UE/EEE et des migrant.e.s hors UE/EEE**

Le groupe « Ressortissant.e hors UE/EEE avec autorisation de séjour ou visa » regroupe les migrant.e.s avec un visa de travail, un titre de séjour ou un visa touristique/étudiant/de courte durée. Le groupe « Ressortissant.e hors UE/EEE avec autorisation de séjour ou visa » regroupe les migrant.e.s avec autorisation de séjour dans un autre pays au sein de l'UE/EEE et pour moins de 3 mois, et les migrant.e.s sans papiers.

- **Graphique 16. Couverture santé des bénéficiaires par groupe : ressortissant.e.s nationaux.ales, migrant.e.s UE/EEE et migrant.e.s hors UE/EEE**

Le groupe « Autre » regroupe : *couverture santé comprise dans le visa, couverture santé valide dans un autre pays de l'UE/CEAM.* « Couverture partielle » regroupe : *couverture santé pour une partie des coûts, consultation de médecins générale gratuite, coût de la consultation de médecine générale en partie à charge, accès aux soins secondaires.* « Non couvert/e » regroupe : aucune couverture, accès aux soins au cas par cas.

CONTRIBUTIONS ET ABBREVIATIONS

CENTRES DE SOINS MDM

Belgique : Ingrid Pelgrims ; Anne Laurent ; Jonathan Hardenne ; Clara Borg et Nel Vetevennet.

France : Anne Tomasino ; Marielle Chappui ; Agnes Gillino ; Aude Saldana-Cazenave et Anne-Sophie Marie.

Allemagne : Dr Cevat Kara ; Claudia Rokitta ; Marianne Schaaf ; Melanie Mûcher ; Valentina Manasieva ; Sabine Fürst ; Carolin Bader ; Ute Zurmühl et Johanna Offe.

Grèce : Vasia Floropoulou ; Stefanos Salevourakis ; Mina Floropoulou ; Evi Tziveleki ; Antonia Katsari ; Konstantina Kuriakopoulou ; Eleftheria Etrianopoulou ; Efi Samantra et Aggeliki Tagri.

Luxembourg : Joanna Nahabedian et des bénévoles de MdM–Luxembourg.

Espagne : Miguel Pérez-Lozao ; José Maria Atienza et Pilar Ramírez López.

Suède : Niclas Hell ; Lova Westerlund ; Erik Åhlin et Eliot Wiesleter.

Suisse : Aline Catzeflis ; Janine Derron ; Raquel Germano ; Manon Ramseyer ; Anne Lise Tupin et Louise Wehri.

Royaume-Uni : Lucy Jones ; Florence Wallemacq et Phil Murwill.

ONG ET CHERCHEURS PARTENAIRES

Carousel (Roumanie) : Ioana Pinzariu ; Sorina El Khalifa Bushara et Ana Mohr.

Centre for Health et Migration (Autriche) : Dr Ursula Trummer.

Health Centre for Undocumented Migrants (Norvège) : Amir Mofateh et Frode Eick.

Institute for Global Health, University College London (Royaume-Uni) : Professor Ibrahim Abubakar et Dr Delanjathan Devakumar.

Migrant Rights Centre Ireland (Irlande) : Pablo Rojas Coppari et Sancha Magat.

Slovene Philanthropy (Slovénie) : Maja Jurtela et Alenka Vatovec Urgin.

AUTRES CONTRIBUTIONS

Traductions vers l'espagnol : Olga Mas, Consuelo Manzano-Tarrisson

Traductions vers le français : Marian Lanyard, Sophie Issa.

Maquette : Together Design

Correction (anglais): Anastasia Said

AUTEURS

Dr R. W. Aldridge, Institute of Global Health, University College London

Anna Miller, Doctors of the World–Royaume-Uni

Bethany Jakubowski, Doctors of the World–Royaume-Uni

Licínio Pereira, Doctors of the World–Royaume-Uni

François Fille, Médecins du Monde – Réseau européen pour la réduction des vulnérabilités en santé

Isabelle Noret, Médecins du Monde–France

Suggestion de citation : R. W. Aldridge, A. K. Miller, B. Jakubowski, L. Pereira, F. Fille et I. Noret, Les laissés pour compte : L'échec de la couverture santé universelle en Europe, Rapport de l'Observatoire du Réseau européen pour réduire les vulnérabilités en santé. (Londres, 2017).

CREDITS PHOTOS

Couverture : Kristof Vadino

p.4 Shymantha Ashokan

p.9 Kristof Vadino

p.10 P.W. Henry

p.12 Kristof Vadino

p.20 Jenny Matthews

p.22 Kristof Vadino

p.30 Kristof Vadino

p.34 Jenny Matthews

p.38 Jenny Matthews

p.42 Ute Zurmuehl

p.43 Esther van Nie

p.45 Bruno Abarca

SIGLES ET ACRONYMES

ASE Aide sociale à l'enfance
BBB Bed Bath Bread
CASO Centre d'accueil, de soins et d'orientation

CHAFEA Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation

CISCP-2 Classification internationale des soins primaires – deuxième version

EPIM Programme européen pour l'intégration et la migration

IC Intervalle de confiance

MdM Médecins du Monde

MNT Maladie non transmissible

NEF Réseau des fondations européennes

ODD Objectif de développement durable

OMS Organisation mondiale de la Santé

ONG Organisation non gouvernementale

RDC République démocratique du Congo

ROR Rougeole, oreillons et rubéole

TB Tuberculose

UE Union européenne

VIH Virus de l'immunodéficience humaine





Tous les rapports du Réseau international de Médecins du Monde; ainsi que d'autres documents et informations sur le programme européen sont disponibles à l'adresse suivante : www.mdmeuroblog.wordpress.com