

L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays.

Nathalie Simonnot, Annabel Rodriguez, Mabel Nuernberg, François Fille, Patricio Ezequiel Arana-Fernandez, Pierre Chauvin

▶ **To cite this version:**

Nathalie Simonnot, Annabel Rodriguez, Mabel Nuernberg, François Fille, Patricio Ezequiel Arana-Fernandez, et al.. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays. : Rapport 2016 de l'Observatoire du réseau international de Médecins du Monde. [Rapport de recherche] Médecins du Monde. 2016. hal-01493902

HAL Id: hal-01493902
https://hal.science/hal-01493902

Submitted on 30 Mar 2017

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

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



L'accueil des réfugiés en Europe

Médecins du monde - Doctors of the World

RÉSEAU INTERNATIONAL
Rapport de l'Observatoire 2016 :

L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays

MÉDECINS DU MONDE

EUROPEAN NETWORK TO REDUCE VULNERABILITIES IN HEALTH

Novembre 2016

SOMMAIRE

3/ **REMERCIEMENTS**

4/ **SYNTHÈSE**

5/ **2015 EN CHIFFRES**
- Résultats de l'enquête européenne (11 pays) 5
- Chiffres clés pour la Turquie 5
- Focus sur les femmes enceintes 5
- Focus sur les enfants 6
- Focus sur la violence 6

7/ **RÉSEAU EUROPÉEN ET OBSERVATOIRE INTERNATIONAL**

7/ **CONTEXTE SOCIAL, ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE EN 2015**

10/ **CHANGEMENTS LÉGISLATIFS RÉCENTS, POUR LE MEILLEUR OU POUR LE PIRE**
- France 10
- Allemagne 10
- Grèce 10
- Luxembourg 10
- Norvège 10
- Espagne 10
- Suède 11
- Suisse 11
- Turquie 11
- Royaume-Uni 11

11/ **ENQUÊTE 2015 DE L'OBSERVATOIRE INTERNATIONAL**
- Méthodologie 12
- Statistiques 12
- Limites 12
- Les programmes participant à l'enquête 13

14/ **CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES**
- Sexe et âge 14
- Nationalités et zones géographiques d'origine 14
- Focus sur les nationalités rencontrées en Grèce 16
- Les raisons de la migration 17
- Les raisons de consulter dans un centre de santé de MdM ou de ses partenaires 19

19/ **SITUATION ADMINISTRATIVE**
- Statut administratif 19
- Focus sur les demandeurs d'asile 21

22/ **CONDITIONS DE VIE**
- Conditions de logement 22
- Isolement social et situation familiale 23
- Travail et revenus 25

26/ **ACCÈS AUX SOINS**
- Couverture des dépenses de santé 26

27/ **OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS**
- Vue d'ensemble 27
- Le renoncement aux consultations médicales ou au traitement 30
- Le refus de soins de la part des professionnels de santé 30
- Les discriminations dans les structures de santé 30
- La peur d'être arrêté 30

31/ **ÉTAT DE SANTÉ PERÇU**

32/ **ÉTAT DE SANTÉ**
- Problèmes de santé 32
- Contraception 32
- Soins urgents 32
- Problèmes de santé aigus et chroniques 33
- Traitements nécessaires 33
- Des patients peu ou pas suivis avant d'arriver dans nos centres 33
- Maladies chroniques : ni accès ni continuité 34
- Dépistage des maladies infectieuses 34

36/ **FOCUS SUR LES FEMMES ENCEINTES**
- Zones géographiques d'origine des femmes enceintes 37
- Situation administrative 37
- Conditions de vie 37
- Isolement social 37
- Restriction des déplacements 37
- Dépistage du VIH et des hépatites 38
- Accès aux soins 38
- Femmes enceintes et non-accès aux soins prénataux 38

39/ **FOCUS SUR LES ENFANTS**
- Les enfants et la vaccination 40
- Enfants isolés étrangers 40

42/ **FOCUS SUR LA VIOLENCE**
- Données mondiales et conséquences sur la santé 42
- Expériences de la violence dans les antécédents médicaux 42

45/ **PROGRAMME *8 ONG DANS 11 PAYS POUR AIDER LES MIGRANTS EN TRANSIT***
- Contexte général 46
- Grèce 46
- Italie 46
- Slovénie 47
- Allemagne 47

48/ **CONCLUSION**

49/ **SIGLES ET ACRONYMES**

49/ **AUTEURS ET CONTRIBUTEURS**

50/ **RECOMMANDATIONS**

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons tout d'abord remercier les 30 534 patients qui ont généreusement donné de leur temps pour discuter avec nous et répondre à nos questions concernant les réalités qu'ils vivent au quotidien, les difficultés et les souffrances qu'ils rencontrent sur leur parcours, et ce malgré les problèmes sociaux et de santé auxquels ils étaient confrontés au moment où nous les avons rencontrés.

Ce rapport n'aurait pu exister sans la contribution de l'ensemble des coordinateurs et des équipes de bénévoles et de salariés des divers programmes de Médecins du monde et partenaires : ASEM (Association d'Entraide et de Solidarité aux Migrants) en Turquie et le Centre de santé pour les migrants sans papiers (Health Centre for Undocumented Migrants) en Norvège, qui ont collecté des données en tant que membres du Réseau européen pour la réduction des vulnérabilités en santé.

Ce travail a reçu le soutien du ministère de la Santé (France), 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/Chafea (Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation), 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 pas nécessairement les positions du NEF-Epim ou des fondations partenaires, du ministère de la Santé (FR) et de la Direction générale santé et sécurité alimentaire/Chafea.

Le contenu de ce rapport représente l'opinion de ses seuls auteurs et relève de leur unique responsabilité ; il ne peut être considéré comme reflétant l'opinion de la Commission européenne et/ou de Chafea ou de tout autre instance de l'Union européenne. La Commission européenne et l'Agence déclinent toute responsabilité concernant l'usage qui pourrait être fait des informations qu'il contient.











L'effet « migrant en bonne santé » : pas toujours une réalité – Athènes

SYNTHÈSE

En Europe, 2015 restera pour nous tous l'année où la solidarité internationale avec les migrants et les réfugiés a révélé sa force et ses faiblesses. Cette force s'est illustrée au travers des milliers d'individus de toutes les nationalités qui se sont organisés pour aider les migrants et répondre à leurs besoins et leurs espoirs ; elle s'est aussi manifestée à travers les ONG, dont les bénévoles et les salariés se sont mobilisés tout au long des routes migratoires pour apporter de l'aide. Les faiblesses se sont révélées dans la coordination entre les individus et les ONG, entre les différentes ONG, entre les initiatives des États et des ONG. Néanmoins, la solidarité de toutes ces personnes et organisations a porté ses fruits. Et cela a fonctionné partout grâce à la force et à la détermination des migrants et réfugiés à survivre et vivre dans un environnement protecteur.

La vraie déception est venue de la plupart des gouvernements européens, qui ont été incapables de transformer cette solidarité en une réalité, incapables de s'accorder sur des règles communes permettant de fournir une réponse positive et respectueuse des besoins des personnes fuyant des guerres, des conflits et des situations menaçant leur vie.

Dans le même temps, la population en Grèce est toujours affectée par la crise sociale et économique. Et les mesures d'austérité ont des conséquences importantes sur le quotidien de cette population. Comme l'a déclaré le nouveau président de la Fédération internationale des ligues des droits de l'homme, Dimitris Christopoulos, « la violation des droits sociaux [éducation, santé, travail] a eu pour conséquence dans mon pays […] une violation quasi systématique des droits des citoyens. Les politiques d'austérité renforcent l'idée que la cohésion sociale n'est pas tant une obligation de l'État qu'une action de charité ».

Le rapport du réseau international de Médecins du monde (MdM) *L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé,* fondé sur les données médicales et sociales collectées en 2015 dans 31 villes de 12 pays (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Grèce, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Royaume-Uni, Suède, Suisse et Turquie), révèle une fois de plus l'exclusion des systèmes de santé de droit commun.

Sur les données recueillies lors d'entretiens en tête à tête avec plus de 30 000 patients au cours de 89 000 consultations, nous n'avons analysé « que » celles des questionnaires suffisamment complets, comprenant les données sociales et médicales de 10 447 patients vus au cours de 38 646 consultations dans 12 pays.

Parmi les personnes interrogées, 94,2 % sont des ressortissants étrangers, dont 24,7 % de migrants ressortissants de l'UE et 69,5 % de migrants ressortissants de pays hors UE.

La moitié des patients vus étaient autorisés à résider dans le pays dans lequel nous les avons rencontrés (50,6 % en Europe).

De nombreux obstacles à l'accès aux soins ont été observés, notamment le manque de couverture médicale pour 67,5 %, le besoin d'interprétariat pour 40,8 % et les difficultés financières pour 24,3 %. Au cours des douze mois précédents, 21,5 % ont renoncé à des soins ou à des traitements, 9,2 % se sont vu refuser des soins dans une structure de santé, et 39,6 % des patients sans autorisation de séjour ont limité leurs déplacements de peur d'être arrêtés.

En conséquence, la plupart des problèmes de santé n'avaient pas été traités correctement avant l'arrivée des patients au centre de santé de MdM ou celui d'un partenaire, même si la plupart vivaient dans le pays d'accueil depuis un an ou plus. En outre, parmi les raisons de migration citées, seuls 3 % des patients déclarent avoir quitté leur pays d'origine entre autres pour des raisons de santé. Ces chiffres montrent que la migration pour des raisons de santé ne correspond pas à la réalité des personnes que nous rencontrons et que ce mythe devrait être supprimé des discours politiques.

Les femmes enceintes n'ont pas suffisamment accès aux soins périnataux en Europe : 43,6 % des femmes enceintes interviewées n'ont pu accéder à des soins prénataux avant leur arrivée dans un centre de MdM ou celui d'un partenaire, 38,9 % ayant reçu des soins après la 12e semaine de grossesse et 67,8 % n'ayant pas de couverture santé et devant payer.

Un autre exemple concerne les mineurs, qui présentent des taux inacceptables de non-vaccination : 29,8 % ne sont pas vaccinés contre le tétanos, 35,8 % contre l'hépatite B, 40,0 % contre la rougeole, les oreillons et la rubéole et 34,4 % contre la coqueluche. Protéger les enfants de ces maladies évitables devrait être possible partout, pour tous les enfants, a fortiori pour ceux vivant dans des environnements à haut risque.

De nombreux patients ont déclaré avoir subi des violences, dont des violences perpétrées par la police ou les forces armées pour plus de 18 %, des violences sexuelles pour 15 %, et des violences psychologiques pour 26 %. Les violences se sont produites dans le pays d'origine, mais aussi au cours du parcours migratoire et dans le pays d'accueil (en particulier pour l'expérience de la faim et les violences psychologiques). Il y a une absence de soutien en santé mentale dans les pays d'« accueil ». Ces chiffres montrent clairement la nécessité d'actions en matière de protection, de sécurité et d'accès aux soins.

2015 EN CHIFFRES

MdM et ses partenaires ont mené des consultations médicales et sociales individuelles dans 31 villes d'Allemagne, de Belgique, d'Espagne, de France, de Grèce, du Luxembourg, des Pays-Bas, de Norvège, du Royaume-Uni, de Suède, de Suisse et de Turquie.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE EUROPÉENNE (11 PAYS)

Pour l'analyse de ce rapport, nous avons utilisé les données de 9 610 patients rencontrés au cours de 37 012 consultations sociales et médicales dans les pays européens.

41,8 % des patients rencontrés sont des femmes

L'âge médian est de 35,9 ans, la moitié des patients rencontrés ont entre 27,2 et 46,9 ans

5,8 % des patients sont des ressortissants nationaux (36,7 % en Grèce, 9,5 % en Allemagne, 8,0 % au Luxembourg et 6,1 % en France)

94,2 % des patients sont des étrangers :
➜ 63,3 % sont des ressortissants extra-européens
➜ 24,7 % sont des migrants citoyens de l'UE
➜ 6,2 % sont des migrants de pays européens hors UE

50,6 % ont une autorisation de séjour en Europe

36,6 % sont ou ont été concernés par une demande d'asile

94,2 % vivent sous le seuil de pauvreté

67,8 % des patients vivent dans des logements temporaires, 16,9 % sont sans abri

29,2 % déclarent vivre dans des logements dangereux pour leur santé ou pour celle de leurs enfants

22,9 % n'ont personne sur qui compter en cas de besoin

53,1 % ont émigré pour des raisons économiques, 20,5 % pour des raisons politiques et 13,7 % pour fuir la guerre, **3,0 % seulement ont émigré pour des raisons de santé personnelle**

L'ÉTAT DE SANTÉ

40,0 % des patients nécessitent des soins urgents ou assez urgents

48,6 % présentent au moins un problème de santé aigu

47,5 % présentent au moins un problème de santé chronique

73,7 % nécessitent un traitement indispensable

51,1 % des patients ont au moins une maladie chronique n'ayant jamais été traitée

54,7 % ont au moins un problème de santé nécessitant un traitement n'ayant jamais été traité ou suivi

17,7 % considèrent être dans un mauvais état de santé et 19,8 % considèrent que leur état psychologique est mauvais

LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS

67,5 % des personnes rencontrées en Europe n'ont pas de couverture santé (aucune couverture ou accès uniquement aux soins d'urgence)

40,8 % ont besoin d'un interprète

24,3 % ont des difficultés financières

14,2 % rapportent des problèmes administratifs

9,1 % rapportent avoir un manque de connaissance et de compréhension du système de santé et de leurs droits

Au cours des 12 mois précédents
➜ **21,5 % ont renoncé à des soins ou à un traitement**
➜ **9,2 % se sont vu refuser des soins à au moins une occasion**
➜ **3,7 % ont subi des discriminations fondées sur leur couleur ou leur origine ethnique dans une structure de santé**

39,6 % des patients sans autorisation de séjour limitent leurs déplacements de peur d'être arrêtés

CHIFFRES CLÉS POUR LA TURQUIE

837 patients ont été rencontrés au cours de 1 634 consultations sociales et médicales.

30, 8 % sont des femmes

L'âge médian est de 33,0 ans, la moitié des patients ont entre 28,0 et 39,0 ans

89,4 % des patients sont originaires d'Afrique subsaharienne, 4,3 % d'Asie et 3,2 % du Proche- et du Moyen-Orient.

21,2 % sont autorisés à séjourner en Turquie

8,0 % sont ou ont été concernés par une demande d'asile

99,5 % vivent sous le seuil de pauvreté

48,3 % vivent dans des logements temporaires

35,6 % déclarent vivre dans des logements dangereux pour leur santé ou pour celle de leurs enfants

20,0 % n'ont personne sur qui compter en cas de besoin

60,9 % ont émigré pour des raisons économiques, 23,5 % pour des raisons politiques et 14,7 % pour fuir la guerre, seuls **0,6 % ont émigré pour des raisons de santé**

FOCUS SUR LES FEMMES ENCEINTES

Les femmes enceintes rencontrées dans les centres de santé de MdM et partenaires ont un accès très limité ou inexistant à une couverture santé et par conséquent aux soins prénataux. Beaucoup sont isolées socialement.

274 femmes enceintes ont été rencontrées dans les pays européens, 40 en Turquie

67,8 % n'ont pas de couverture santé en Europe (parmi elles, 19 % ont accès aux seuls soins d'urgence)



Ces barrières sont destinées à blesser, mais l'humanité peut les dépasser- Idoméni – Frontière Grèce - ARYM

À Istanbul (40 femmes enceintes interrogées), 97,1 % n'ont aucune couverture santé.

43,6 % n'ont pas accès aux soins prénataux en Europe et 38,9 % ont eu leur première visite prénatale après la 12e semaine de grossesse (respectivement 62,9 % en Europe et 33,3 % à Istanbul).

35,8 % dans les pays européens et 41,5 % en Turquie déclarent n'avoir personne sur qui compter en cas de besoin

48,4 % en Europe et 54,3 % à Istanbul vivent dans des logements non stables.

Parmi les femmes enceintes sans papiers (52,0 % des femmes enceintes rencontrées en Europe et 67,6 % en Turquie), **68,2 % dans les pays européens et 61,1 % en Turquie limitent leurs déplacements de peur d'être arrêtées.**

FOCUS SUR LES ENFANTS

Les enfants rencontrés dans les centres de santé de MdM et partenaires sont, et c'est inacceptable, très faiblement protégés par les vaccins essentiels. Un tiers des parents ne savent pas où aller pour faire vacciner leurs enfants.

1 711 enfants ont été rencontrés dans les centres de santé de MdM et partenaires en Europe (16,6 % de la population totale) : 1 102 en Grèce, 312 en France et 175 en Belgique.

53 enfants ont été reçus dans le centre de santé du partenaire en Turquie.

771 enfants en Europe (45,1 % des enfants impliqués dans l'enquête) et 34 enfants en Turquie ont moins de 5 ans.

Sur les 1 764 enfants reçus en Europe et en Turquie :

29,8 % ne sont pas vaccinés contre le tétanos

35,8 % ne sont pas vaccinés contre l'hépatite B (VHB)

40,0 % ne sont pas vaccinés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)

34,4 % ne sont pas vaccinés contre la coqueluche

33,0 % des parents en Europe et 60,0 % en Turquie ne savent pas où aller pour faire vacciner leurs enfants

FOCUS SUR LA VIOLENCE

De nombreux patients, femmes et hommes, ont rapporté avoir été confrontés à des situations de violence. En plus des violences subies dans le pays d'origine, un nombre significatif de patients sont victimes de violences au cours de leur parcours migratoire et dans le pays d'accueil.

1 379 patients qui ont pu discuter de cette question ont été confrontés à au moins un type de violence (12,8 % du nombre total de patients) : 1 277 en Europe (13,3 % des personnes interrogées en Europe) et 102 en Turquie (12,2 % des patients rencontrés en Turquie)

43,2% des patients rencontrés en Europe ont vécu dans un pays en guerre, 62,7 % en Turquie

26,7 % des patients rencontrés en Europe ont souffert de la faim

26,0 % des patients interrogés en Europe et 74,5 % en Turquie ont subi des violences psychologiques

18,7 % des patients rencontrés dans les pays européens ont subi des violences perpétrées par la police ou l'armée

13,7 % des patients interrogés en Europe ont subi des violences domestiques

8,7 % des patients rencontrés en Europe et 23,5 % de ceux rencontrés en Turquie ont subi des violences sexuelles, et 5,9 % des viols, en Europe et en Turquie

1,8 % des patients interrogés dans les pays européens ont subi des mutilations génitales, et 2,9 % en Turquie

LE RÉSEAU EUROPÉEN ET L'OBSERVATOIRE INTERNATIONAL

LE RÉSEAU EUROPÉEN

En janvier 2015 MdM a créé un « réseau européen pour la réduction des vulnérabilités en santé », rassemblant des associations MdM du réseau international, des ONG partenaires et des chercheurs. Le réseau compte aujourd'hui 23 organisations membres. Son objectif principal est de contribuer à réduire les inégalités en santé dans l'Union Européenne et de soutenir les systèmes de santé européens pour une meilleure prise en charge des facteurs de vulnérabilité. Les membres du réseau entendent renforcer leurs capacités et leurs compétences grâce à un apprentissage mutuel visant à améliorer les services de santé, *l'empowerment* des patients, la collecte commune des données et le plaidoyer.

L'OBSERVATOIRE INTERNATIONAL

Les membres du réseau européen et du réseau international ont recueilli les données présentées dans ce rapport et dans les précédents rapports de l'Observatoire international.

Tous les rapports d'enquête et des informations supplémentaires sur l'Observatoire international sont disponibles sur : www.mdmeuroblog.wordpress.com

L'Observatoire international n'utilise pas le concept de « groupe vulnérable », qui ne tient pas compte des multiples facteurs de vulnérabilité et de la résilience dont peuvent faire preuve les personnes. Le concept de « vulnérabilités en santé » est privilégié car il prend en considération les facteurs dans leur multiplicité et le contexte dans lequel les personnes se trouvent.

Par exemple, une loi restrictive peut rendre l'accès aux soins de santé très difficile pour une population spécifique : la population n'a pas changé du jour au lendemain, mais la loi crée un contexte de « vulnérabilités en santé » pour ce groupe.

Comprendre la dimension multiple de la vulnérabilité en santé est l'unique façon de concevoir des systèmes de santé permettant à toute personne, indépendamment de sa situation, d'accéder aux soins en fonction de ses besoins.

L'Observatoire international de l'accès aux soins de MdM est dirigé par le réseau international et a trois objectifs :

- **Améliorer la qualité des services** proposés aux patients de MdM grâce à l'utilisation de questionnaires standards guidant les consultations sociales et médicales.
- **Fournir des informations de santé publique** avec une base scientifique, nécessaires pour sensibiliser les soignants et les décideurs politiques aux déterminants sociaux de la santé et à l'état de santé des patients.
  Ces informations proviennent des données quantitatives et qualitatives collectées sur le terrain.
- **Soutenir les équipes de terrain dans le suivi de leurs programmes.**

LE CONTEXTE SOCIAL, ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE EN 2015

En 2015, le nombre de migrants et de demandeurs d'asile dans le monde n'a cessé d'augmenter. Plus de 63 millions de personnes ont été contraintes de se déplacer à travers le monde. Le Liban accueille le plus grand nombre de réfugiés proportionnellement à sa population nationale, avec 183 réfugiés pour 1 000 habitants, suivi par la Jordanie (87). À l'échelle mondiale, les pays ayant accueilli le plus de réfugiés sont : la Turquie (2,5 millions), le Pakistan (1,6 million), le Liban (1,1 million), la République islamique d'Iran (979 400), l'Éthiopie (736 100), la Jordanie (664 100)[1] et l'Allemagne (1,1 million)[2].

Un total de 1 255 600 migrants ont déposé une « demande de protection internationale » en Europe, plus de deux fois plus qu'en 2014 ; les Syriens représentent près d'un tiers des demandeurs (29 %)[3]. Selon le Haut-commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), plus d'un million de migrants sont arrivés par la mer en 2015, la plupart venant de Syrie, d'Afghanistan et d'Irak. À la fin du mois d'août 2016, la Grèce accueillait à elle seule 59 505 migrants/réfugiés dans 47 camps sur son territoire continental et dans les îles. Au total, en 2015, 3 771 migrants sont morts lors de leur traversée en mer Méditerranée, et au 8 septembre 2016, le bilan des morts et disparus était déjà de 3 196 personnes. Face à cette catastrophe, la Commission européenne a publié le 13 mai 2015 une « Communication » majeure, l'Agenda européen en matière de migration, dont l'un des buts est de « prendre des mesures immédiates […] notamment pour éviter d'autres pertes humaines ».

Malgré l'urgence de la situation et la nécessité d'accueillir les personnes fuyant les guerres, les conflits et la pauvreté, les discours xénophobes ont progressé en 2015. Les attaques à Paris, Nice, Munich, Copenhague et Bruxelles (et celles dans de nombreux autres endroits du monde tels que la Syrie, le Yémen, le Nigeria, l'Égypte, la Turquie et le Burkina Faso), qui ont endeuillé des communautés entières, ont eu un impact majeur sur l'opinion publique et ont paralysé les discussions des responsables politiques sur la question des migrants[4]. Il n'y pas d'effort solide et commun de la part des gouvernements de l'Union européenne pour passer à un discours positif sur la question de la migration, ce qui contribue sûrement à attiser les craintes des électeurs[5]. Une étude a montré que la moitié des Européens pensent que l'arrivée de migrants augmente l'insécurité[6] et a un impact négatif sur l'économie et l'emploi.

1 Edwards, A. (2016) *Des déplacements de populations sans précédent à travers le monde.* UNHCR http://www.unhcr.org/fr/news/stories/2016/6/57641727a/deplacements-populations-precedent-travers-monde.html

2 Global Migration Data Analysis Centre (2016) *Migration, asylum and refugees in Germany: Understanding the data*, IOM

3 European Migration Network (2016) *Eurostat figures show over 1,2 million first time asylum seekers registered in the EU-28 in 2015.* Dublin

4 Schleicher, A. (2016) 'Understanding the battle against extremism' in OECD Yearbook 2016. Paris

5 European Union Agency for Fundamental Rights (Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, FRA) (2016) Fundamental rights report 2016. Luxembourg : Publications Office of the European Union

6 Wike, R., Stokes, B. and Simmons, K. (2016) *Europeans fear wave of refugees will mean more terrorism, fewer jobs. Sharp ideological divides across EU on views about minorities, diversity and national identity.* Pew Research Center

En outre, un rapport du Conseil national britannique des chefs de police [7] montre une augmentation de 42 % des crimes de haine au cours de la période qui a immédiatement suivi le référendum britannique sur l'appartenance du Royaume-Uni à l'UE (Brexit). La situation dans le reste de l'Europe est aussi sombre : par exemple, le nombre d'incidents impliquant des militants d'extrême droite ciblant des centres d'hébergement pour réfugiés en Allemagne a presque été multiplié par dix entre 2014 et 2015 (Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, FRA).

Dans le même temps, la société civile européenne s'est très largement mobilisée pour soutenir les migrants, avec entre autres les initiatives Refugees Welcome dans tous les pays, ainsi que celles de nombreux bénévoles, organisations et autorités locales.

Face à la montée de la xénophobie, des économistes ont démontré à plusieurs reprises les bénéfices sociaux et économiques de l'accueil et de l'intégration des migrants sur le long terme[8]. L'OCDE, dont les membres se sentent menacés par le déclin démographique de l'Europe, indique que les migrations, si elles sont bien gérées, stimulent la croissance et l'innovation tout en maintenant la compétitivité économique.

L'ensemble des réfugiés souffrent de la mauvaise organisation des dispositifs d'accueil dans les pays d'arrivée et de transit. Malgré l'implication de certains gouvernements et d'organisations humanitaires, les conditions d'accueil ne sont pas adaptées aux besoins des réfugiés, souvent confrontés à un environnement hostile (Human Rights Watch). Dans ce contexte, les efforts déployés pour aider les migrants, notamment ceux des populations locales, sont trop peu reconnus. Les populations sont sous pression et débordées, particulièrement dans les îles grecques de Lesbos et de Chios. Selon le HCR, entre janvier 2015 et janvier 2016, 526 635 migrants ont été officiellement enregistrés à Lesbos (qui compte environ 90 000 habitants) et 154 773 migrants sont arrivés à Chios (52 000 habitants).

Les enfants isolés ou séparés – principalement afghans, érythréens, syriens et somaliens – constituent un groupe particulièrement vulnérable. Ils ont déposé quelques 98 400 demandes d'asile en 2015 dans 78 pays. Ce nombre est le plus élevé jamais enregistré depuis que le HCR a commencé à collecter ces données en 2006. La question de la protection de ces enfants a réémergé en janvier 2016 lorsqu'Europol a évalué à environ 10 000 le nombre d'enfants ayant disparu[9], probablement exploités par des trafiquants. Certaines organisations de défense des droits des migrants ont contesté ces chiffres. Mais tout le monde reconnaît le manque de dispositifs d'accueil adaptés aux besoins des enfants isolés, pas seulement dans les cinq *hot spots* de Grèce mais aussi en Italie et dans les centres de rétention dans toute l'Europe.

La détention d'enfants ne peut être considérée comme une prise en charge dans l'intérêt supérieur de l'enfant, tel que stipulé dans les conventions internationales[10] : des alternatives à la détention doivent exister. Cette situation a provoqué une réaction du secrétaire général des Nations unies, Ban Ki-moon, pendant sa visite à Lesbos, et du haut-commissaire des Nations unies aux droits humains, tous deux ayant demandé l'arrêt de la détention des enfants.

Face aux besoins des migrants/réfugiés arrivant dans les pays européens, une seule règle de conduite semble partagée au sein de l'UE : arrêter le flot en décourageant les passeurs. L'accord entre le Conseil de l'UE et le gouvernement turc de mars 2016 se situe parfaitement dans cette ligne. Mais l'accord inclut aussi des mesures prévoyant le retour forcé en Turquie de tout migrant entré « illégalement » en Europe depuis la Turquie. Pour chaque Syrien renvoyé en Turquie un autre serait réinstallé en Europe. L'accord UE-Turquie a été catégoriquement rejeté par la société civile[11], critiqué par les institutions européennes elles-mêmes et même condamné sur sa validité juridique[12]. Ses opposants ont dénoncé l'idée émise par des responsables européens de mettre en place des centres de traitement des demandes d'asile dans des pays à l'extérieur de l'Union européenne. En échange, l'UE les aiderait à contrôler l'afflux de migrants ou, dans le cas de la Turquie, relancerait le processus de son adhésion à l'Union.

En juin 2015, l'Europe des accords de Schengen a implosé. Certains États d'Europe centrale situés sur la route migratoire, dont les membres du groupe de Visegrád[13], ont progressivement fermé leurs frontières et construit des murs, tandis que d'autres ont réintroduit des contrôles aux frontières. Pendant de nombreux mois, la petite ville d'Idoméni a « accueilli » jusqu'à 15 000 réfugiés bloqués à la frontière avec l'ARYM (HCR)[14].

Dans de rares cas seulement, des États ont fini par prendre des dispositions pour accueillir et prendre en charge les migrants. En Grèce, par exemple, la loi du 20 février 2016 a accordé un accès aux soins gratuit pour les patients non assurés et les groupes dits « vulnérables » (loi 4368/2016) (bien que l'efficacité de cette loi ne puisse être garantie compte tenu du manque de capacité du système de santé) ; la loi du 18 décembre 2015 au Luxembourg a amélioré l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés, mais pas des Sans-Papiers ; et une réforme de 2015 en Roumanie a étendu le panier minimum de soins accessibles aux patients non assurés.

7 National Police Chiefs' Council (2016) *Hate crime undermines the diversity and tolerance we should instead be celebrating.* London.

8 Dumont, J-C, Scarpetta, S. (2016) 'Europe will win from integration' in OECD yearbook 2016 Paris.

9 European Parliament (2016). *Fate of 10,000 missing refugee children debated in Civil Liberties Committee.* Strasbourg.

10 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) (1989). Convention on the Rights of the Child. Geneva.

11 Amnesty International (2016) *EU's reckless refugee returns to Turkey illegal.*

12 Cette déclaration était un communiqué de presse sans signature et n'a pas été publiée au Journal officiel de l'Union européenne, le représentant du service juridique en a fait part à la commission du Parlement européen sur les libertés civiles, la justice et les affaires intérieurs le 9 mai 2016. Voir la vidéo de la séance (www.europarl.europa.eu/news/en/news-room/20160504IPR25801/committee-on-civil-liberties-justice-and-home-affairs-09052016-(-pm). Le terme « accord » a été utilisé par les institutions de l'UE jusqu'en avril avant d'être remplacé par le terme « déclaration ».

13 Hongrie, Pologne, République tchèque et Slovaquie.

14 Ancienne République yougoslave de Macédoine.

Ces avancées positives restent limitées, alors que l'impact de la crise économique sur les investissements et les budgets de santé se fait encore sentir. Le secteur de la santé en Europe est l'un des premiers à souffrir des politiques d'austérité, avec des conséquences plus importantes sur les populations confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité. Selon une étude réalisée par le Département thématique des droits des citoyens et des affaires constitutionnelles du Parlement européen[15], l'accès aux soins en Europe est en déclin[16]. En Espagne, un pays qui avait l'un des systèmes de santé les plus ouverts au monde avant la crise financière, la loi de 2012 a considérablement limité l'accès aux soins des patients non assurés et des Sans-Papiers ; un nombre croissant de patients sont dans l'incapacité de payer pour leur traitement, tandis que le nombre de professionnels de santé a chuté et que de nombreux services ont fermé.

L'Union européenne devrait donc se demander si les dispositions prises récemment pour améliorer l'accès aux soins de santé des citoyens européens se déplaçant en Europe ne devraient tout simplement pas conduire à une couverture santé universelle pour tous. Alors que l'UE a déjà mis en place des dispositifs pour que les patients puissent recevoir des soins dans d'autres pays européens, les États membres ont, dans le même temps, décidé d'exclure une forte proportion de leurs propres populations de leurs systèmes de santé. Régler ce problème devrait constituer une priorité majeure dans une perspective de justice sociale et de santé publique.

Tant que les guerres et conflits perdureront en Syrie et dans les autres pays d'origine, des personnes continueront à fuir pour survivre, et l'Europe, comme les autres régions du monde, devra les accueillir. Le défi qui nous attend est de savoir si nous allons être capables de comprendre que c'est une opportunité unique pour étendre la portée des droits humains et nous enrichir de l'expérience des migrants : les dirigeants nationaux devraient faire preuve de solidarité entre les pays et envers les migrants/réfugiés. Sans quoi la logique qui consiste à construire des murs inutiles, à perdre la liberté offerte par Schengen, à vivre artificiellement comme dans une forteresse assiégée, pleine de haine et de peurs, prévaudra ; et nous perdrons une part substantielle de notre identité européenne, nous détruisant nous-mêmes dans ce processus.

15 Ivanković Tamamović, A., Milieu Ltd. (2015) *The impact of the crisis on fundamental rights across Members States of the EU. Comparative analysis.* European Parliament. Brussels.

16 Reeves, A., McKee, M. and Stuckler, D. (2015) 'The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs' In *European Journal of Public Health*. Volume 25, Issue 3, pp. 364-365. Oxford University Press.

Wissem, 21 ans, a fui l'Irak. ***« J'ai quitté mon pays parce que vous ne pouvez rien faire là-bas à cause de Daech. L'armée était présente dans ma ville, puis un jour Daech a remplacé l'armée dans les rues. Ils contrôlent tout, y compris les routes. Il n'y a plus d'université. Plus rien. Quand j'ai dit à ma famille que je voulais partir, ils m'ont dit de ne pas le faire, que c'était dangereux, mais je suis parti quand même. Un homme m'a donné des vêtements du type de ceux portés par Daech. Je me suis déguisé et j'ai pu partir. »***

Wissem a par deux fois tenté de traverser la frontière entre la Serbie et la Hongrie et a donné plusieurs centaines d'euros à des passeurs. ***« J'ai passé douze heures dans la forêt à la frontière serbo-hongroise. Une voiture de la police serbe m'a arrêté. Le policier m'a dit : "Si vous m'aidez, je vous aide." Il voulait 300 € pour me laisser partir. Il m'a donné des instructions, me disant que je pouvais éviter les autorités hongroises en prenant un certain chemin. Mais c'était des mensonges ; au bout de quatre heures, je suis arrivé dans un village serbe ! La police m'a attrapé et m'a ramené exactement à l'endroit d'où j'étais parti. »***

« Le jour suivant, un réfugié syrien a proposé de nous aider. Il avait déjà franchi la frontière et connaissait un chemin pour la traverser. Il a demandé 200 € par personne pour nous faire passer. J'ai payé ainsi que huit autres hommes. Mais lorsque nous sommes arrivés à la frontière, l'homme a disparu. J'ai suggéré que nous nous séparions en deux groupes pour être moins visibles. Nous nous sommes cachés dans la forêt. Un policier a crié "Je vous vois", alors nous sommes restés cachés et avons attendu le bon moment pour nous mettre à courir. Nous sommes finalement arrivés dans un village en Hongrie, qui était vide – un village fantôme. Là, nous avons trouvé un taxi pour Vienne. Mais l'autre groupe est parti à Budapest. Nous nous sommes tous retrouvés à Vienne. »

À Vienne, Wissem et son compagnon ont reçu de l'aide : une personne leur a fourni un abri et leur a acheté des billets de bus pour rejoindre Bruxelles sans problème.

MdM Belgique – Maximilian Park – Septembre 2015

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

Un rapport juridique complet sur l'accès aux soins dans 17 pays est disponible sur www.mdmeuroblog.wordpress.com (en anglais)

FRANCE

Le 1er janvier 2016, la protection universelle maladie (Puma)[17] a remplacé la couverture maladie universelle de base (CMU). Aujourd'hui, quiconque travaille ou vit légalement en France de façon continue depuis plus de trois mois a le droit d'obtenir une couverture maladie. Ce développement renforce la continuité de la couverture santé, y compris lors de changements de situation (type d'emploi, études, etc.). Cependant, la réforme complique les règles administratives de l'accès à la couverture maladie des migrants bénéficiant d'une autorisation de séjour de courte durée, qui peuvent se retrouver pendant de longues périodes sans couverture santé (au moment d'un renouvellement de titre de séjour par exemple).

ALLEMAGNE

Depuis le 1er mars 2015, après avoir durant quinze mois reçu des prestations sociales prévues dans le cadre de la loi sur les prestations fournies aux demandeurs d'asile (au lieu de quarante-huit mois précédemment), les demandeurs d'asile et les réfugiés peuvent bénéficier des aides sociales aux mêmes conditions que les citoyens allemands. Dans le cas des étrangers gravement malades, il existe une procédure d'asile accordant une autorisation de séjour au cas par cas. Pourtant, en raison des modifications de la loi sur l'asile en 2016[18], qui prévoient une procédure d'asile accélérée d'environ trois semaines, il est devenu extrêmement difficile pour les demandeurs d'asile de fournir les informations demandées dans les délais.

GRÈCE

Une loi majeure relative à la santé a été adoptée le 20 février 2016 : la loi 4368/2016[19] a élargi l'accès au système de santé publique aux personnes non assurées et aux personnes vulnérables (femmes enceintes, enfants, personnes souffrant d'une maladie chronique ou sérieuse…). La nouvelle loi introduit également des exceptions à la législation qui interdit les soins au-delà des traitements urgents pour les adultes sans papiers (loi 4251/2014), en accordant l'accès aux soins aux catégories de personnes les plus vulnérables, dont les enfants de moins de 18 ans, les femmes enceintes, les personnes ayant une maladie chronique, les bénéficiaires d'une protection internationale, les titulaires d'une autorisation de séjour pour motif humanitaire, les demandeurs d'asile et leurs familles, les personnes admises dans les services de santé mentale, les victimes de certains crimes, les personnes en situation de handicap important, les personnes gravement malades et les prisonniers.

Cependant, la Grèce connaît un accroissement sans précédent du nombre d'arrivées de réfugiés/migrants sur son territoire et, même si l'État grec et la population ont fait preuve d'une grande solidarité envers eux, la capacité du système de santé grec à fournir des soins appropriés aux migrants à leur arrivée est mise à rude épreuve. Dans la pratique, l'accès aux soins est ainsi encore limité, ce qui affecte notamment les personnes les plus vulnérables.

Concernant les enfants isolés, la loi grecque enjoint les autorités à ne pas les placer en détention. Pourtant, les détentions allant de quelques heures à plusieurs jours ou mois sont fréquentes. Il n'y a pas de procédure formelle pour déterminer l'intérêt supérieur de l'enfant, un principe directeur de la protection de l'enfance, selon les normes internationales et les obligations de la Grèce.

LUXEMBOURG

Les demandeurs d'asile et réfugiés peuvent bénéficier de soins (avec un seuil de revenus pour les demandeurs d'asile), comme le prévoit la loi relative à l'accueil des demandeurs de protection internationale et de protection temporaire[20] et la loi relative à la protection internationale et temporaire (décembre 2015).

Néanmoins, ni les Sans-Papiers ni leurs enfants n'ont accès aux soins[21]. Seuls les enfants isolés ont accès à l'ensemble des soins. Dans la législation comme dans la pratique, l'accès à des soins urgents aussi longtemps que cela est nécessaire n'est pas garanti à l'ensemble des étrangers en situation irrégulière.

NORVÈGE[22]

Tous les citoyens et les personnes titulaires d'une autorisation de séjour ont accès au système de santé publique. Toute personne résidant dans le pays devient obligatoirement membre du régime national d'assurance. En tant que bénéficiaires d'un titre de séjour, les demandeurs d'asile et les réfugiés ont le même accès aux soins que les citoyens norvégiens[23].

Les Sans-Papiers ont accès uniquement aux soins urgents et aux soins « les plus nécessaires ». Tous les autres soins sont à leur charge, ce qui constitue un obstacle considérable à l'accès aux soins ; les Sans-Papiers ayant rarement les moyens de payer, ils renoncent donc souvent à un traitement médical. Les femmes enceintes ont accès aux soins prénataux. Tous les enfants ont le même droit aux soins.

ESPAGNE

Le décret royal 16/2012, adopté le 20 avril 2012, a abrogé l'accès universel à la santé jusqu'alors en vigueur[24], ce qui a eu un impact sur la santé des populations (et encore plus celle des Sans-Papiers), *« en particulier en ce qui concerne la tuberculose ou le VIH, en plus de compromettre l'accès aux soins en santé mentale, pour les addictions et pour les soins de pathologies chroniques pour les populations vulnérables comme les sans-abri »*[25].

17 www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/21/FCPX1523191L/jo/texte

18 www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl116s0390.pdf

19 Loi 4368/2016 (2016): www.minedu.gov.gr/publications/docs2016/%CE%A6%CE%95%CE%9A.pdf

20 Loi relative à l'accueil des demandeurs de protection internationale et de protection temporaire

21 Rechel, B. et al (eds.). (2011) *Migration and health in the European Union.* European Observatory on Health Systems and Policies, Berkshire: McGraw-Hill.

22 Même si aucune nouvelle loi n'est passée en 2015-2016 en Norvège, nous avons décrit le système ici, étant donné que nous publions les données de ce pays pour la première fois.

23 Ordonnance sur la couverture des demandeurs d'asile et des membres de leurs familles – (2008).

24 Médecins du monde ES (2014), *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo* [Deux ans de réforme de santé : plus de vies humaines en danger].

25 Legido-Quigley, H. (2013) "'Erosion of universal health coverage in Espagne' in The Lancet.

En 2012, le décret a été dénoncé par le parlement de Navarre auprès de la Cour constitutionnelle. Cet appel a été rejeté début août 2016, renforçant l'exclusion des soins des plus vulnérables. Néanmoins, 14 régions autonomes ont mis en place des réglementations pour améliorer l'accès aux soins des Sans-Papiers.

SUÈDE

Le 1er juin 2016, les amendements à la loi relative à l'accueil des demandeurs d'asile (LMA) sont entrés en vigueur. Les demandeurs d'asile déboutés de leur demande ou d'un recours ne sont plus autorisés à rester dans les centres d'hébergement de l'Agence des migrations suédoise et doivent rendre leur carte LMA, qui les autorisait à recevoir des soins[26]. En théorie, les enfants ne seront pas affectés par cette réforme jusqu'à l'âge de 18 ans.

La Direction nationale de la santé et des affaires sociales a annoncé en avril 2015 que les citoyens de l'UE présents depuis plus de trois mois pourraient dans certains cas avoir accès aux soins selon les dispositions de la loi de 2013 (loi relative à la santé pour certains étrangers résidant en Suède sans titre de séjour).

SUISSE

Le 5 juin 2016, une modification majeure de la loi sur l'asile a été soumise au vote dans le cadre d'un référendum[27]. La nouvelle loi a été adoptée par une large majorité (73,5 % des votants). Cette réforme pourrait raccourcir la durée de la procédure d'asile et les délais de recours par les demandeurs d'asile déboutés, ce qui durcirait la législation sur l'asile en vigueur. Cependant, cela inclut également l'obligation pour les autorités de fournir des conseils juridiques gratuits à tous les demandeurs d'asile et de prendre en compte les besoins spécifiques des enfants isolés, des familles avec enfants et des *« personnes particulièrement vulnérables ».*

TURQUIE

En mars 2016, la Turquie a adopté une réglementation mettant en œuvre et précisant la loi de 2013 relative aux étrangers et à la protection internationale[28]. Cette loi a introduit quelques modifications positives du système d'asile en Turquie. Mais elle conserve des critères géographiques : les Européens (Conseil de l'Europe), les Syriens et les autres.

Pour accéder aux soins, les demandeurs d'asile doivent prouver leur manque de ressources. Pour démarrer la procédure d'exemption des frais devant la Fondation pour l'aide sociale et la solidarité, ils doivent avoir une sorte de titre de séjour (« *ikamet* ») que la plupart d'entre eux n'obtiennent pas[29]. Ainsi, dans la pratique, l'accès aux soins est refusé aux demandeurs d'asile ou prend trop de temps pour être réellement efficace. Cela signifie qu'ils doivent généralement payer de leur poche pour tous les soins dont ils ont besoin.

La Directive sur les services de santé devant être fournis aux bénéficiaires de la protection temporaire a été adoptée le 4 novembre 2015, et concerne les réfugiés de Syrie, dont le nombre en Turquie ne cesse d'augmenter. Dans le cadre de cette disposition, introduite par le Règlement sur la protection temporaire, les examens médicaux réalisés à l'hôpital, les coûts des traitements et la part des médicaments restant à la charge des réfugiés syriens sont pris en charge par l'Autorité turque de gestion des catastrophes et des interventions d'urgence, qui relève du Premier ministre. Cependant, comme cette agence met beaucoup de temps à effectuer ces paiements, les pharmaciens refusent de fournir gratuitement des médicaments aux réfugiés. Cet arrangement exclut les réfugiés originaires de tout autre pays.

Les Sans-Papiers n'ont pas accès aux soins à travers le Système général d'assurance santé et doivent payer 100 % du montant des soins pour y accéder, y compris pour les consultations d'urgence dans les hôpitaux publics[30] (« tourist fee »). Dans certains cas, ils se voient également refuser un traitement ou dénoncer à la police par le personnel médical ou administratif.

ROYAUME-UNI

Depuis le 6 avril 2015, date à laquelle les décrets de la loi sur l'immigration de 2014 sont entrés en vigueur, les ressortissants de pays hors de l'Espace économique européen (EEE) venant au Royaume-Uni pour plus de six mois doivent payer une « surtaxe santé » lors de leur demande d'immigration[31] (236 € par an, 177 € pour les étudiants). Celle-ci autorise ceux qui s'en acquittent à accéder aux soins pris en charge par le Service de santé national (NHS) de la même façon que les résidents ordinaires.

Les personnes suivantes sont exemptées de frais : les réfugiés, les demandeurs d'asile, les personnes dont la demande d'asile a été rejetée mais qui sont soutenues par le ministère de l'Intérieur ou une autorité locale, les enfants pris en charge par une autorité locale, les victimes de la traite et de l'esclavage moderne, les personnes recevant un traitement obligatoire dans le cadre de la loi relative à la santé mentale (Mental Health Act), les prisonniers et les migrants en centre de détention.

Tout traitement considéré comme immédiatement nécessaire par un médecin (dont les soins maternels), bien que payant, doit en théorie être fourni sans attendre le paiement total ou partiel. Néanmoins, les traitements sont facturés au patient pendant ou après le traitement. Les hôpitaux sont tenus d'informer le ministère de l'Intérieur de l'identité des patients qui doivent au NHS plus de 585 € : ils peuvent se voir refuser le renouvellement de leur visa ou leur régularisation tant que la dette reste impayée.

L'ENQUÊTE 2015 DE L'OBSERVATOIRE INTERNATIONAL

Depuis 2006, la couverture géographique de la collecte de données s'est progressivement élargie au fil des six rapports produits par l'Observatoire international, ainsi que les sujets traités – allant des Sans-Papiers à tous les patients qui fréquentent les centres de santé de MdM et partenaires.

Les rapports sont destinés aux professionnels de santé, aux différents acteurs concernés et à un public élargi. Les rapports de l'Observatoire du réseau international de MdM sur l'accès aux soins sont disponibles sur : http://www.mdmeuroblog.wordpress.com

26 Migrationsverket (2016), frequently asked questions about the new laws [En ligne]. Disponible sur : www.migrationsverket.se/English/Private-individuals/Protection-and-asylum-in-Sweden/Frequently-asked-questions-.html

27 Référendum sur la modification de la loi sur l'asile (2016). Disponible sur : www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/votations/20160605/modification-de-la-loi-sur-asile.html

28 Réglementation sur la loi relative aux étrangers et à la protection internationale. Disponible sur : http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/03/20160317-11.htm

29 Amnesty International (2009), *Stranded. Refugees in Turkey denied protection,* United Kingdom. Disponible sur : www.amnesty.org/download/Documents/48000/eur440012009en.pdf

30 Blézat, M. and Burtin, J. (2012) 'Soigner le mal par le rien', in *Plein droit,* juin 2012, No 93.

31 https://www.gov.uk/government/publications/guidance-on-overseas-visitors-hospital-charging-regulations/summary-of-changes-made-to-the-way-the-nhs-charges-overseas-visitors-for-nhs-hospital-care

MÉTHODOLOGIE

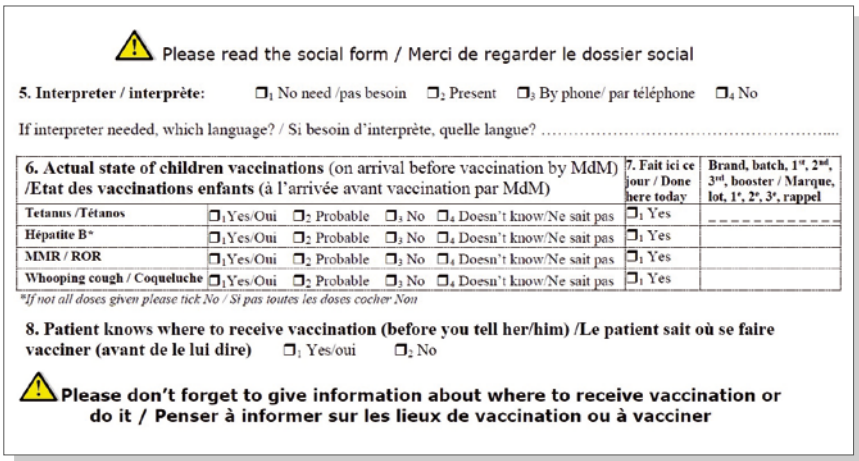
L'Observatoire analyse des données recueillies lors de consultations sociales et médicales individuelles, principalement grâce aux médecins, infirmiers et équipes sociales bénévoles. Des volets spécifiques concernent les déterminants sociaux de la santé tels que les conditions de vie, les activités et les revenus, la situation administrative, l'isolement, la couverture santé et les obstacles à l'accès aux soins, l'état de santé perçu, la vaccination, la santé sexuelle et reproductive des femmes, l'état de santé et les violences subies.

Les données ont été recueillies tout au long de 2015 (sauf en Norvège, où le recueil de données a démarré le 8 octobre 2015).

Dans à peu près la moitié des centres de santé, 100 % des patients ont été interrogés. Dans les autres centres, seule une partie des patients a été interrogée, principalement pour des raisons pratiques (notamment le manque de temps pour le recueil de données). Par exemple, à Athènes, un patient sur vingt était sélectionné, alors qu'un sur dix l'était dans les cinq autres sites de Grèce. Aux Pays-Bas, l'équipe a sélectionné le premier patient de la journée dans chaque centre. En Espagne, trois types d'échantillons ont été utilisés dans les six sites. En Belgique, un patient sur sept a été interrogé avec le questionnaire complet.

Avant d'analyser la base de données obtenue par la fusion des douze bases de données nationales, leur contenu a été revu et les données ont été nettoyées pour supprimer les incohérences et les erreurs issues des données brutes. Pour effectuer l'analyse, nous avons retenu uniquement les patients ayant eu une consultation médicale et ayant répondu à un nombre minimal de questions standards : nous avons gardé les données des consultations au cours desquelles au moins une réponse a été donnée aux questions 8 à 27 du questionnaire social, et/ou au moins une réponse a été donnée aux questions 9 à 23 du questionnaire médical. C'est la raison pour laquelle la base de données analysée contient moins de patients (10 447 pour 38 646 consultations) que le nombre total de patients reçus dans les centres de santé de MdM et partenaires (environ 30 000 patients pour 89 000 consultations).

Graphique 1 / Extrait du questionnaire médical de l'Observatoire international 2015



⚠ Please read the social form / Merci de regarder le dossier social

5. Interpreter / interprète: ❒1 No need /pas besoin ❒2 Present ❒3 By phone/ par téléphone ❒4 No

If interpreter needed, which language? / Si besoin d'interprète, quelle langue? .....

6. Actual state of children vaccinations (on arrival before vaccination by MdM) **/Etat des vaccinations enfants** (à l'arrivée avant vaccination par MdM)		**7. Fait ici ce jour / Done here today**	**Brand, batch, 1st, 2nd, 3rd, booster / Marque, lot, 1e, 2e, 3e, rappel**
Tetanus /Tétanos	❒1Yes/Oui ❒2 Probable ❒3 No ❒4 Doesn't know/Ne sait pas	❒1 Yes	
Hépatite B*	❒1Yes/Oui ❒2 Probable ❒3 No ❒4 Doesn't know/Ne sait pas	❒1 Yes	
MMR / ROR	❒1Yes/Oui ❒2 Probable ❒3 No ❒4 Doesn't know/Ne sait pas	❒1 Yes	
Whooping cough / Coqueluche	❒1Yes/Oui ❒2 Probable ❒3 No ❒4 Doesn't know/Ne sait pas	❒1 Yes	

*If not all doses given please tick No / Si pas toutes les doses cocher Non

8. Patient knows where to receive vaccination (before you tell her/him) /Le patient sait où se faire vacciner (avant de le lui dire) ❒1 Yes/oui ❒2 No

⚠ **Please don't forget to give information about where to receive vaccination or do it / Penser à informer sur les lieux de vaccination ou à vacciner**

STATISTIQUES

Les analyses univariées et les données sont présentées selon trois types de proportions différents :

1) Les proportions brutes : proportions par pays, qui comprennent l'ensemble des sites de l'enquête (indépendamment du nombre de villes ou de programmes[32]).

2) Les proportions totales moyennes (weighted average proportions, WAP) : proportions calculées pour les pays européens, qui, sauf indication contraire, concernent 11 pays ; cela permet de corriger les différences de nombre de patients entre les pays, qui comptent ainsi pour le même poids dans le total ; **les proportions présentées tout au long du rapport pour les 11 pays européens sont des WAP – sauf indication contraire.**

3) Les proportions totales brutes (crude average proportions, CAP) : proportions calculées pour les pays européens qui, sauf indication contraire, concernent 11 pays ; leur poids dans le calcul est proportionnel au nombre de patients vus dans chaque pays. Lorsque le nombre de répondants est faible, ou lorsque l'on examine des sous-groupes de population, les CAP sont préférés.

Les tests standards statistiques univariés ont été utilisés, principalement le test du Chi2 ou le test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient faibles. Un $p<0.05$ indique une différence statistique significative. Lorsque le taux de données manquantes est supérieur à 20 %, il est indiqué en note de bas de page.

LIMITES

Les services médicaux et sociaux accessibles varient selon les sites et les pays. Les cadres légaux déterminant l'accès aux soins varient également. C'est pourquoi nous avons décidé de publier un document décrivant chaque système législatif et la réalité de l'accès aux soins pour chaque pays[32].

Les populations fréquentant les centres de santé des organisations participant à l'enquête ne doivent pas être considérées comme un échantillon représentatif de l'ensemble des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans les 12 pays de l'enquête. Les résultats doivent être interprétés comme une photo socio-épidémiologique des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé qui se rendent dans les centres de santé gratuits de MdM et partenaires car, pour diverses raisons, ils ne peuvent pas accéder au système de droit commun. Il est nécessaire d'attirer l'attention des décideurs politiques sur ces populations sous médicalisées afin d'améliorer l'accès aux soins, jusqu'à ce qu'il devienne véritablement universel.

Malgré une prise de conscience grandissante des inégalités en santé et la littérature qui y est consacrée, les populations rencontrées dans les centres de santé de MdM et partenaires, notamment les Sans-Papiers, ne sont généralement pas prises en compte dans les enquêtes portant sur la population générale. L'analyse annuelle produite par l'Observatoire international fournit une description des populations rencontrées dans les centres de santé de MdM et partenaires : elle est donc complémentaire des enquêtes officielles portant sur la population générale, qui ne les incluent pas.

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

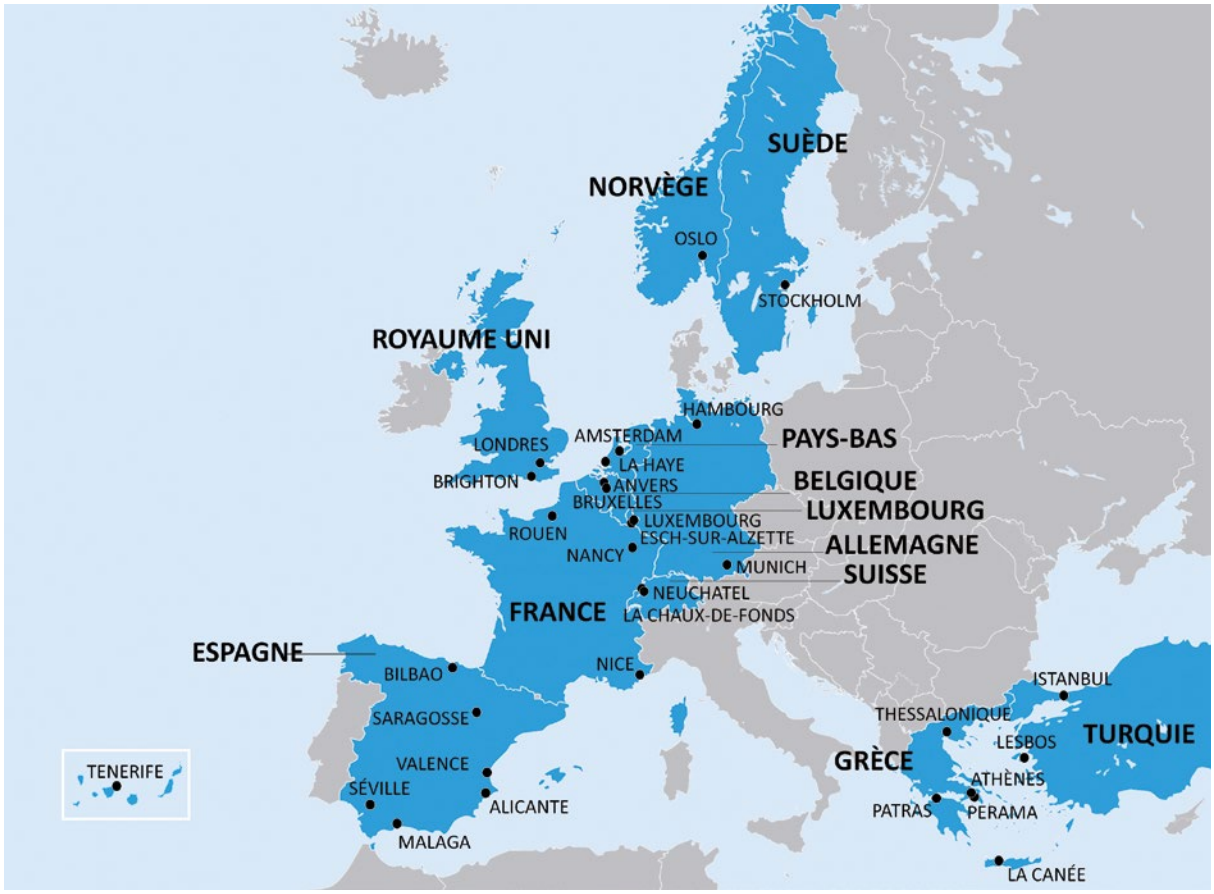
LES PROGRAMMES PARTICIPANT À L'ENQUÊTE

Les programmes de MdM et partenaires sont majoritairement menés par des bénévoles et quelques salariés. Les équipes comprennent des professionnels de santé dont des infirmiers, des médecins, des sages-femmes, des dentistes, des psychologues et des médecins spécialistes, ainsi que des travailleurs sociaux et des administrateurs.

Tableau 1 / Programmes impliqués dans l'enquête de 2015

Code pays	Pays / Nombre de patients	Sites / Nombre de patients	Tous les programmes fournissent des soins de santé primaires (sauf indication contraire), des services sociaux et d'information. Les activités spécifiques de chaque programme sont indiquées ci-dessous
BE	Belgique (2 264)	Anvers (1 054) Bruxelles (1 210)	MdM. Les centres fournissent aussi un soutien psychologique et un accès au dépistage.
CH	Suisse (577)	La Chaux-de-Fonds (97) Canton de Neuchâtel (480)	MdM. Deux types d'interventions sont mises en œuvre. Dans le Canton de Neuchâtel, des consultations infirmières sont fournies dans des centres pour demandeurs d'asile. À La Chaux-de-Fonds, un centre fixe propose des consultations infirmières et sociales, la plupart du temps destinées à des migrants.
DE	Allemagne (531)	Hambourg (101) Munich (430)	MdM. Les programmes offrent aussi des consultations spécialisées en pédiatrie, gynécologie, psychiatrie et psychologie. Le programme de Hambourg est mené en coopération avec l'association partenaire Hoffnungsorte. Le programme de Munich est un centre open. med, qui propose également des conseils juridiques en collaboration avec l'association partenaire Café 104. Des consultations spécifiques pour les femmes et les enfants ont lieu deux fois par mois.
EL	Grèce (2 503)	Athènes (520) La Canée (64) Lesbos (61) Patras (946) Perama (144) Thessalonique (768)	MdM. Les six programmes fournissent également des services de vaccination ainsi que des consultations prénatales et spécialisées. Un soutien psychologique est proposé dans certains programmes. Des actions spécifiques sont menées auprès des enfants isolés à Lesbos.
ES	Espagne (261)	Alicante (17) Bilbao (62) Malaga (78) Séville (15) Tenerife (16) Valence (27) Saragosse (46)	MdM. Les programmes ne fournissent pas directement des soins, mais des services sociaux et d'orientation, mènent des campagnes de sensibilisation et de promotion de la santé, proposent des formations, des activités de médiation interculturelle entre les professionnels et les usagers des services, des formations avec des éducateurs pairs, des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH, et des sessions de sensibilisation auprès de professionnels travaillant dans les structures publiques.
FR	France (2 357)	Nancy (435) Nice (1 197) Rouen (725)	MdM. Les trois centres fournissent aussi des consultations spécialisées, notamment en psychiatrie, et réfèrent vers le système de santé de droit commun.
LU	Luxembourg (177)	Esch-sur-Alzette (17) Luxembourg (160)	MdM. Les centres fournissent des services sociaux et médicaux aux personnes sans accès aux soins.
NL	Pays-Bas (83)	Amsterdam (28) La Haye (55)	MdM. Les deux programmes fournissent un accompagnement social et orientent les ressortissants de pays tiers sans papiers vers des médecins généralistes. Les programmes fournissent des médicaments sans ordonnance mais pas de consultations médicales.
NO	Norvège (71)	Oslo (71)	Le Centre de santé pour Sans-Papiers (Health Centre for Undocumented Migrants) est géré par la Fondation Oslo Church City Mission et la Croix-Rouge norvégienne. Il fournit des soins de santé primaires, un soutien psychologique et des activités psychosociales.
SE	Suède (59)	Stockholm (59)	MdM. L'équipe fournit également des consultations juridiques aux demandeurs d'asile. Le programme reçoit principalement des citoyens européens, mais des migrants ressortissants de pays tiers y viennent également.
TR	Turquie (837)	Istanbul (837)	Le programme est géré par l'Association pour l'entraide et la solidarité avec les migrants (ASEM) et reçoit principalement des demandeurs d'asile, des réfugiés et des Sans-Papiers.
UK	Royaume-Uni (727)	Brighton (12) Londres Hackney (19) Londres Bethnal Green (696)	MdM. Le centre de santé dans l'est de Londres aide les patients à s'enregistrer auprès d'un médecin généraliste, porte d'entrée du système de santé primaire. Des permanences spécifiques sont destinées aux femmes enceintes et aux enfants. Le programme de Hackney aide les personnes exclues à accéder aux soins de santé primaires. Le centre de Brighton a ouvert en octobre 2015.

Graphique 2 / Carte des sites impliqués dans l'enquête en 2015



CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

SEXE ET ÂGE

En Europe, 41,8 % des patients rencontrés sont des femmes ; cette proportion est de 30,8 % à Istanbul. Les centres de santé de MdM à Londres et à Munich proposent des consultations familiales (femmes enceintes et enfants) deux fois par mois. En Espagne, les équipes de MdM sont impliquées sur l'approche de genre et adoptent une démarche proactive envers les femmes, avec notamment des programmes de lutte contre les mutilations génitales et les autres violences liées au genre. En Suisse, 28,2 % des patients sont des femmes, ce qui s'explique par la forte proportion d'hommes parmi les demandeurs d'asile. Au Luxembourg, seuls 14,6 % des patients rencontrés sont des femmes, l'équipe travaillant essentiellement avec des personnes sans abri.

En Europe, l'âge moyen est de 35,9 ans, et la moitié des patients ont entre 27 et 47 ans. À Istanbul, l'âge moyen, de 33 ans, est légèrement inférieur, et la moitié des patients ont entre 28 et 39 ans.

Au total, en 2015, 1 711 enfants de moins de 18 ans ont été reçus dans les centres de santé de MdM et partenaires en Europe, soit 16,6 % de l'ensemble des patients. Parmi eux, 771 avaient moins de 5 ans. En Turquie, 53 enfants ont été reçus dans le centre de l'ASEM. Dans les 11 pays européens, 60 enfants[33] migrants isolés se sont présentés dans les centres de santé, soit 3,4 % des enfants rencontrés. MdM mettant en œuvre des programmes destinés aux mineurs isolés (par exemple au centre d'accueil de Moria à Lesbos, en Grèce, et à Caen et Paris, en France), la plupart de ces enfants sont vus dans le cadre de ces programmes spécifiques et non dans les centres de santé où le recueil de données est réalisé.

NATIONALITÉS ET ZONES GÉOGRAPHIQUES D'ORIGINE

Dans les 11 pays européens, les patients interrogés viennent principalement de l'Union européenne (30,5 %, dont 5,8 % de ressortissants nationaux), puis d'Afrique subsaharienne (24,6 %), du Maghreb (12,6 %), d'Asie (10,9 %) et du Proche- et Moyen-Orient[34] (9,2 %). Le programme à Istanbul reçoit majoritairement des patients d'Afrique subsaharienne (89,4 %). Les migrants ressortissants de l'UE représentent la majorité des personnes rencontrées en Suède (76,9 %), en Allemagne (67,3 %) et au Luxembourg (57,7 %). Les ressortissants nationaux (5,8 % de l'ensemble des personnes reçues) ont été principalement rencontrés en Grèce (36,7 %), en Allemagne (9,5 %), au Luxembourg (8 %) et en France (6 %). Les nationalités les plus fréquemment enregistrées varient d'un site à l'autre. L'Afrique (Maghreb compris) reste le principal continent d'origine des patients rencontrés en Belgique, en France, aux Pays-Bas, en Norvège, en Turquie et en Suisse, alors que la majorité des patients rencontrés au Royaume-Uni vient d'Asie. Comme indiqué ci-dessus, en Allemagne, au Luxembourg et en Suède, les migrants ressortissants de l'EU représentent la majorité des patients rencontrés.

33 Les chiffres indiqués proviennent de la base de données finale utilisée pour l'analyse de ce rapport, qui n'inclut pas l'ensemble des patients reçus. Le nombre réel d'enfants isolés ayant fréquenté les centres de MdM et de ses partenaires est ainsi probablement plus élevé.

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

Graphique 3 / Zones géographiques d'origine des patients interrogés

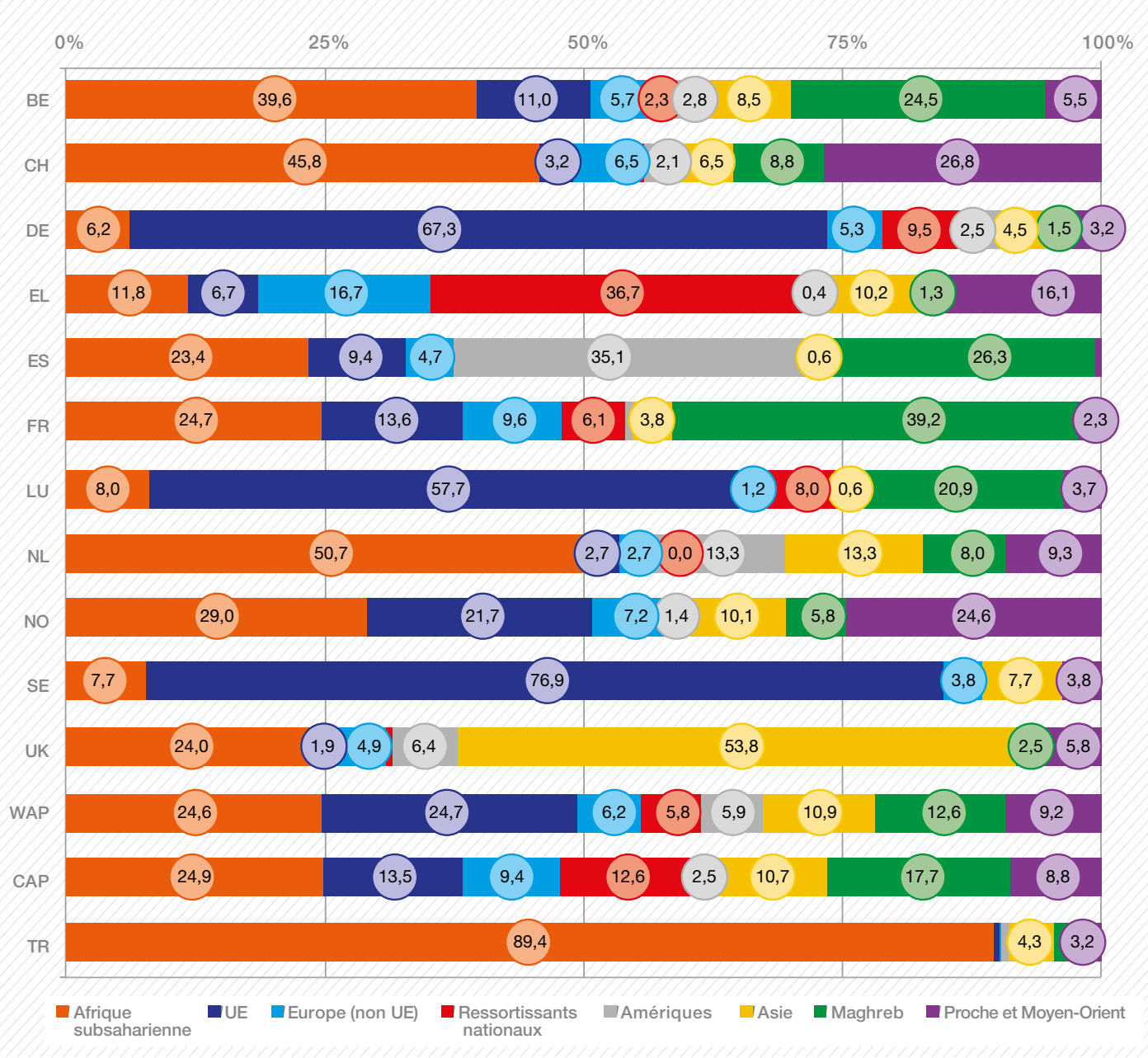


Tableau 2 / Top 5 des nationalités, par pays

BELGIQUE

Nationalité	N
Maroc	427
Congo RDC	191
Guinée	131
Cameroun	119
Nigeria	87

FRANCE

Nationalité	N
Algérie	390
Maroc	282
Tunisie	211
France	144
Roumanie	128

ALLEMAGNE

Nationalité	N
Bulgarie	209
Roumanie	56
Allemagne	50
Serbie	18
Vietnam	14

LUXEMBOURG

Nationalité	N
Roumanie	46
Portugal	18
Maroc	14
Luxembourg	13
Algérie	13

PAYS-BAS

Nationalité	N
Ghana	14
Nigeria	9
Suriname	6
Maroc	5
Somalie	5

NORVÈGE

Nationalité	N
Roumanie	14
Somalie	13
Irak	6
Iran	6
Albanie	5

ESPAGNE

Nationalité	N
Maroc	39
Nigeria	16
Roumanie	12
Nicaragua	8
Argentine	8

SUÈDE

Nationalité	N
Roumanie	17
Kirghizistan	1
Ghana	1
Grèce	1
Russie	1

SUISSE

Nationalité	N
Érythrée	133
Afghanistan	71
Syrie	45
Irak	30
Algérie	27

ROYAUME-UNI

Nationalité	N
Philippines	49
Bangladesh	43
Chine	41
Inde	37
Ouganda	33

TURQUIE

Nationalité	N
Sénégal	158
Congo RDC	112
Nigeria	104
Cameroun	84
Guinée	47

FOCUS SUR LES NATIONALITÉS RENCONTRÉES EN GRÈCE

La Grèce fait face à une double crise, à la fois économique et migratoire, qui a un impact sur les besoins médicaux et sociaux dans de nombreux endroits du pays. Pour y répondre, MdM Grèce a développé plusieurs nouveaux programmes (unités mobiles et centres de soins gratuits). En effet, depuis le début de la crise sociale et financière, de nombreux citoyens grecs ont été durement touchés par les mesures d'austérité et ont basculé dans la pauvreté et/ou ont perdu leur couverture santé (dans un contexte de coupes budgétaires drastiques dans les dépenses publiques de santé). Plus récemment, le même pays (et, localement, souvent les mêmes communautés vivant déjà dans des situations précaires) a dû faire face à l'arrivée d'un nombre élevé de réfugiés fuyant les conflits armés au Moyen-Orient.

En moyenne, les citoyens grecs représentent un quart des patients. Les patients grecs sont majoritaires sur tous les sites à l'exception de Lesbos et représentent jusqu'à 65 % des patients à Perama (une ville de la banlieue d'Athènes où l'activité portuaire s'est effondrée avec la crise). En revanche, les migrants originaires du Moyen-Orient représentent 9 patients sur 10 à Lesbos (où MdM gère des centres de santé dans les camps de migrants) et un tiers d'entre eux à Athènes.

Iannis est grec et a 58 ans. Il est sans emploi et a des problèmes de santé graves, tels que des palpitations, de l'hypertension, des problèmes urologiques et une hernie. N'ayant pas de couverture santé, il n'a pratiquement pas accès aux soins. Sa femme l'a quitté il y a plusieurs mois et il n'a ni enfant ni proche pour prendre soin de lui. C'était un homme d'affaires aisé mais il a presque tout perdu pendant la crise financière des huit dernières années.

Au cours des treize mois précédents il a essayé de se faire soigner pour ses problèmes cardiaques et urologiques dans les hôpitaux publics de Thessalonique, en vain. Dans certains cas, il n'a pas réussi à s'y rendre en raison du mauvais temps et parce qu'il n'avait pas d'argent pour prendre le bus. Il s'est peu à peu découragé, pensant qu'il allait mourir sans recevoir aucune aide et *« sans que personne ne sache qu'il était mort »*. Il a renoncé à chercher des médecins ou à s'occuper de ses problèmes de santé, il était déprimé.

Puis il a entendu parler de la polyclinique de MdM. Il a demandé un rendez-vous avec le médecin pathologiste et l'urologue. *« J'ai été vraiment surpris que les deux rendez-vous soient si rapidement fixés, pour les deux jours suivants… Les médecins ont été gentils et souriants et j'ai finalement obtenu des médicaments ! »*

Après quelques consultations, il a fini par accepter son besoin de soutien psychologique. L'opération pour sa hernie sera prise en charge gratuitement dans un hôpital public dans quelques mois. Il devrait ainsi être en mesure de chercher de nouveau du travail, ou du moins d'avoir de l'espoir.

MdM Grèce – Thessalonique – Décembre 2015

Tableau 3 / Top 5 des nationalités sur les six sites grecs

ATHÈNES

Nationalité	Nombre
Grèce	1 770
Afghanistan	1 570
Bangladesh	1 214
Albanie	1 145
Nigeria	643

LA CANÉE

Nationalité	Nombre
Grèce	301
Bulgarie	145
Albanie	85
Maroc	82
Syrie	58

LESBOS

Nationalité	Nombre
Afghanistan	1 477
Syrie	444
Irak	159
Pakistan	92
Nigeria	51

PATRAS

Nationalité	Nombre
Grèce	707
Albanie	235
Afghanistan	198
Soudan	100
Bulgarie	73

PERAMA

Nationalité	Nombre
Grèce	1 140
Albanie	434
Bulgarie	31
Roumanie	21
Syrie	17

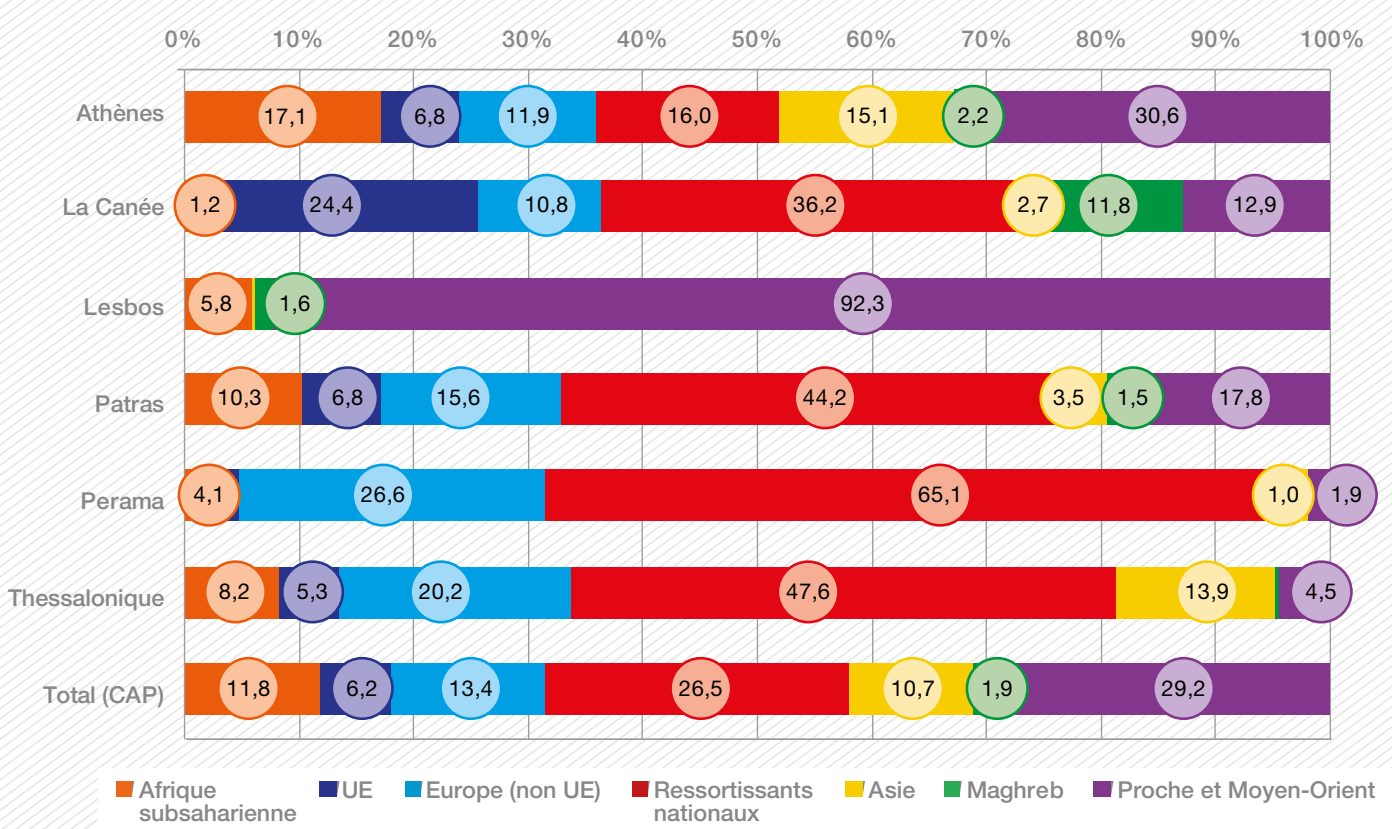
THESSALONIQUE

Nationalité	Nombre
Grèce	1 739
Albanie	671
Géorgie	360
Nigeria	216
Bulgarie	121

TOTAL GRÈCE

Nationalité	Nombre
Grèce	5 657
Afghanistan	3 336
Albanie	2 570
Bangladesh	1 294
Syrie	1 208

Graphique 4 / Zones géographiques d'origine des patients en Grèce par site et au total (CAP)



LES RAISONS DE LA MIGRATION

Comme en 2013 et 2014, dans les pays européens, **les raisons ayant motivé la migration les plus fréquemment citées sont économiques (53,1 %) et politiques (20,5 %), ainsi que le fait de fuir la guerre (13,7 %).** Depuis l'année passée, cette dernière raison a considérablement augmenté en Grèce (21,6 % en 2015 vs 14,4 % en 2014) et est fréquemment citée en Norvège (23,2 %).

Comme chaque année, les raisons de santé sont extrêmement rares (CAP = **3,0 %**[35] en Europe, taux similaire à ceux de 2008, 2012, 2013 et 2014[36], 0,6 % en Turquie).

Il n'y a pas de corrélation entre le nombre de personnes ayant migré entre autres pour des raisons de santé, et le degré de restriction et d'obstacles à l'accès aux soins dans le pays « d'accueil ». Ces résultats contribuent à prouver que la migration pour soins est un mythe (parmi les personnes rencontrées dans nos centres).

Aux Pays-Bas, 10,3 % des raisons ayant motivé la migration étaient la santé, bien qu'il soit extrêmement compliqué pour les Sans-Papiers d'avoir accès aux soins, en particulier s'ils sont ressortissants de l'UE. L'Espagne suit, avec 4,8 %, alors que, depuis 2012, les Sans-Papiers n'ont plus accès au système de santé de droit commun. En Allemagne, où l'accès aux soins est particulièrement difficile pour les personnes sans autorisation de séjour, le taux de migration pour raison de santé, bien que très bas (4,3 %), est néanmoins le troisième plus élevé comparé à ceux des autres pays de l'enquête. Au Royaume-Uni aussi, seulement 2,2 % des personnes ont cité la santé comme une des raisons ayant motivé leur migration (le chiffre était de 2,6 % en 2014), ce qui démontre une fois encore que le discours anti-migrants, affirmant qu'ils viennent pour profiter du système de santé britannique, n'est pas fondé.

Les données relatives à la durée de séjour dans le pays d'accueil (respectivement de 14 mois pour les personnes dont la santé a motivé la migration et de 12 mois pour les autres) n'établissent aucun lien significatif entre migration pour raison de santé et durée de séjour dans le pays d'accueil ($p = 0.40$) ; en d'autres termes, les personnes déclarant avoir migré pour des raisons de santé ne sont pas celles qui sont arrivées le plus récemment. Dans presque tous les pays de l'enquête, la durée moyenne de séjour est supérieure ou égale à un an. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, les patients sont présents dans le pays depuis le plus longtemps, respectivement depuis cinq et six ans en moyenne.

35 C'est pour cela que nous utilisons la proportion totale brute : d'une part, cela reflète les raisons individuelles ; d'autre part, ayant utilisé les CAP dans les quatre précédents rapports, cela permet de comparer les chiffres.

36 En 2008, 2012, 2013 et 2014, respectivement 6,0 %, 1,6 %, 2,3 % et 3,0 % des personnes ont cité leur santé personnelle comme l'une des raisons ayant motivé la migration.



« La migration n'est pas un crime » – MdM France, Calais

Tableau 4 / Raisons ayant motivé la migration par pays (%)

	BE	CH	DE	EL	ES	LU	NL	NO	SE	UK	WAP	CAP	TR
Raisons économiques	35,0	14,9	69,6	52,0	69,9	84,0	42,3	36,2	86,4	40,5	53,1	51,4	60,9
Raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle	27,8	37,2	5,6	25,8	10,8	4,7	16,7	43,5	9,1	24,0	20,5	21,6	23,5
Pour fuir la guerre	6,3	54,5	4,9	21,6	0,0	9,4	11,5	23,2	0,0	5,4	13,7	14,9	8,4
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	8,6	11,6	21,8	14,1	14,5	2,8	9,0	2,9	9,1	11,5	10,6	13,4	14,7
Conflits familiaux	14,6	5,0	5,1	6,2	7,2	0,9	14,1	1,4	4,5	12,2	7,1	7,6	1,0
Pour assurer l'avenir de ses enfants	2,3	1,7	5,1	3,6	4,8	0,9	5,1	4,3	36,4	2,2	6,6	3,7	0,4
Pour des raisons personnelles de santé	4,6	2,5	4,3	1,8	4,8	1,9	10,3	2,9	0,0	2,2	3,5	3,0	0,6
Pour faire des études	2,3	0,8	2,8	0,8	3,6	1,9	1,3	0,0	9,1	4,3	2,7	1,9	1,7
Autre	10,0	2,5	14,6	3,7	4,8	1,9	7,7	7,2	0,0	21,9	7,4	8,4	6,5
Données manquantes*	83,9	78,7	12,8	77,2	67,9	39,9	6,0	13,5	45,0	61,1	48,6	64,5	3,4

* Plusieurs réponses étaient possibles. En France, la question n'a pas été posée.

Amin est un Somalien de 17 ans. *« Cela fait cinq mois que je suis en Europe. Je suis parti de Somalie. Là-bas, pas de sécurité : Boko Haram, Daech, le terrorisme. Vous savez… De la Somalie, je suis passé par le Kenya, l'Ouganda, le Soudan du Sud, le Soudan, la Libye, l'Italie, la Suisse, l'Allemagne, la Hollande et la Belgique. Je suis resté deux mois en Belgique. Mais parce qu'ils avaient pris mes empreintes en Italie, j'ai été expulsé là-bas. Je viens juste de revenir. Je ne veux pas vivre en Italie. »*

Entre février et avril 2015, Amin a été enfermé dans un camp de détention en Libye. *« C'était surpeuplé. Nous étions 600 ou 700 personnes dans la même pièce. Nous dormions à même le sol. Et ils nous donnaient un pain par jour. Le centre était géré par des milices privées. Pas par le gouvernement. Il y avait des femmes et des enfants. Et pas de soins médicaux. J'ai été battu, oui. Il ne faut surtout pas dire que vous êtes malade. Sinon vous serez emmené dehors et tué. Ils le font dehors. Vous pouvez mourir chaque jour. Je n'ai plus de maison désormais. Et je suis sans espoir pour mon avenir. Ma vie ne va pas s'arranger ici. »*

MdM Belgique – Parc Maximilien – Septembre 2015

Sami, un Irakien de 33 ans, a quitté son pays pour fuir Daech. *« Les milices font la loi, l'armée est partout, et les services secrets iraniens aussi. Nous nous sommes cachés dans un bateau entre la Turquie et la Grèce pendant six heures avec 55 personnes avant que les passeurs ne nous autorisent à poser le pied sur le sol d'une île grecque. Ils nous ont abandonnés là, alors nous avons fini par appeler à l'aide au bout de plusieurs heures. Nous n'avions ni eau ni nourriture et j'ai attendu de l'aide trois jours avec mes autres compagnons de voyage, dont des femmes et des enfants. Lorsque la police est arrivée le troisième jour, j'étais faible et déshydraté. »* **Les problèmes de dos de Sami se sont aggravés pendant le voyage et il n'a reçu que des soins minimaux au « camp » de fortune où lui et ses compagnons ont été emmenés. *« Forcé par la police à partir le jour suivant, j'ai rejoint Athènes, où je suis allé directement à la pharmacie. Je n'ai pas voulu aller dans un hôpital de peur d'être arrêté. Le pharmacien a refusé que je le paie. »***

MdM Belgique – Parc Maximilien – Septembre 2015

LES RAISONS DE CONSULTER DANS UN CENTRE DE SANTÉ DE MDM OU DE SES PARTENAIRES

La plupart des patients en Europe se rendent dans un programme de MdM ou de ses partenaires pour des soins[37] (90,8 %) ; et à Istanbul, ce chiffre est de 99,8 %. En Turquie, les personnes sans couverture santé ne peuvent accéder aux soins. Au Royaume-Uni, l'aide demandée pour l'enregistrement auprès d'un médecin généraliste est comptabilisée comme une raison administrative pour consulter, cependant, cela révèle que la préoccupation principale du patient est l'accès aux soins. Une personne sur quatre en Europe s'est rendue dans un programme pour une raison administrative, juridique ou sociale. Seules 4,3 % des personnes déclarent être venues pour des problèmes de santé mentale.

Tarik et Manel, un couple de trentenaires irakiens, ont fui la violence de la guerre. Manel : *« Daech a tué mon petit frère. Il avait 26 ans. Il était très beau, mon frère. Mon père est mort de chagrin après son décès. »*

Rejoindre le parc Maximilien leur a pris deux mois, après avoir traversé la Turquie, la Grèce, l'ARYM, la Serbie, la Hongrie, l'Autriche et l'Allemagne. Le bateau qu'ils ont pris entre la Turquie et la Grèce a coulé.

Tarik : *« Ma femme ne sait pas nager. J'ai dû la soutenir et j'ai avalé une grande quantité d'eau de mer. Après avoir été sauvés par la police grecque, nous sommes allés à Athènes, où l'on a refusé de me soigner à l'hôpital parce que je n'avais pas les papiers nécessaires. J'avais pourtant des problèmes graves aux reins en raison du naufrage et de l'eau salée que j'avais bue. Ici en Belgique, j'ai trop peur d'aller dans les structures de santé parce que je ne sais pas combien cela va me coûter. »*

MdM Belgique – Parc Maximilien – Septembre 2015

SITUATION ADMINISTRATIVE

STATUT ADMINISTRATIF

Une petite majorité des patients interrogés en 2015 dans les centres de MdM et partenaires dans les 11 pays européens (50,6 %) sont autorisés à résider dans le pays. À Istanbul, la majorité n'a pas d'autorisation de séjour (77,8 %).

Dans les 11 pays européens, 36,7 % des patients ressortissants extra-européens et 10 % des patients ressortissants de l'UE séjournent dans le pays depuis plus de trois mois et n'ont pas de ressources financières suffisantes et/ou de couverture santé valide.

Sous un angle différent, 38,9 % des ressortissants de l'UE et 49,6 % des ressortissants extra-européens n'ont pas d'autorisation de séjour dans le pays où ils ont été interrogés ($p<0.001$).

Les ressortissants européens sans ressources financières suffisantes et/couverture santé perdent le droit de séjour dans un pays de l'UE autre que le leur depuis l'adoption de la Directive 2004/38/EC du Parlement européen (transposée en grande partie en 2008) relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement. L'article 7 de la Directive stipule : *« Tout citoyen de l'Union a le droit de séjourner sur le territoire d'un autre État membre pour une durée de plus de trois mois […] s'il dispose, pour lui et pour les membres de sa famille, de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'État membre d'accueil au cours de son séjour, et d'une assurance maladie complète dans l'État membre d'accueil. »*

Du fait de la Directive 2004/38/EC, les ressortissants européens séjournant depuis plus de trois mois dans un État membre d'accueil sans ressources suffisantes et/ou couverture santé se trouvent dans la même situation que les Sans-Papiers extra-européens. La Belgique et la France ont étendu leur système de couverture santé pour les Sans-Papiers afin d'inclure les ressortissants européens sans autorisation de séjour. Comme les Sans-Papiers, les ressortissants européens n'ayant plus d'autorisation de séjour peuvent aussi être l'objet de procédures d'expulsion même si le cadre légal pour les citoyens de l'UE est plus protecteur que pour les ressortissants extra-européens.

37 Rappelons que la base de données analysée concerne seulement les personnes ayant bénéficié à la fois d'une consultation sociale et médicale.



Désespoir à Idoméni - Grèce

Yordi a 32 ans et est arrivée en Norvège il y a huit ans. Elle est partie d'Éthiopie après avoir été violée et après que son frère a été arrêté. *« Quand ma demande d'asile a été rejetée et que j'étais malade, quelqu'un m'a recommandé un médecin. Le médecin a dit : "Non, vous n'avez droit aux soins nulle part dans ce pays, vous êtes « illégale » ici." »* Yordi se sentait déprimée, stressée, et avait des problèmes de menstruation. Elle s'est rendue dans une association pour demandeurs d'asile qui l'a orientée vers un autre hôpital. *« Je suis allée dans cet hôpital pour ma dépression mais ils m'ont dit que je n'avais aucun droit. »*

Elle a alors entendu parler du Centre de santé pour Sans-Papiers (HCUM). *« Partout où vous allez vous êtes illégal, comme non humain. Partout c'est fermé pour nous. Quand je suis arrivée au HCUM je me suis sentie comme un être humain. J'ai reçu de l'aide pour ma dépression. Le HCUM nous fait nous sentir chez nous. Ici je me rappelle que je suis un être humain. »*

Yordi explique qu'elle est engagée politiquement et qu'elle est fréquemment menacée et harcelée par d'autres groupes politiques ou ethniques. Après une attaque, elle s'est rendue aux urgences où elle a obtenu de l'aide. *« Mais lorsque j'ai eu une ordonnance pour des médicaments je n'ai pas pu payer. Je ne voulais pas demander à mes amis. Vous vous sentez déprimée et inutile. Tout devient de la charité. Je dois toujours demander, du pain, un endroit où dormir, une douche… Parfois je reste dehors toute la nuit. Quand je me sens bien je veux aider les autres, donner quelque chose en retour, produire quelque chose pour les autres. C'est pour ça que je travaille comme bénévole. »*

Centre de santé pour migrants sans papiers (HCUM) – Norvège – Oslo – Août 2015

- Les Sans-Papiers sont une majorité en Belgique et aux Pays-Bas[38].
- La Suisse reçoit la proportion la plus faible de Sans-Papiers en raison de son programme spécifique auprès des demandeurs d'asile : 82,4 % sont concernés par une demande d'asile en cours.
- En Grèce aussi, peu de personnes sont sans autorisation de séjour (11,4 %), 36,7 % étant des ressortissants nationaux, 16,8 % des demandeurs d'asile et 10,3 % des étrangers présents depuis moins de trois mois.
- En France, en Espagne et en Norvège, la moitié des patients rencontrés dans les programmes n'ont pas d'autorisation de séjour[39].
- En Allemagne, 36,9 % des patients sont des ressortissants de l'UE ayant perdu leur autorisation de séjour (contre un taux moyen de moins de 10 % dans les autres pays), et c'est aussi la situation de 25 % des patients rencontrés en Suède.

Au total, 10 % des patients vus en Europe sont des migrants citoyens de l'UE arrivés dans le pays depuis moins de trois mois. Les centres recevant la proportion la plus élevée de ressortissants européens récemment arrivés sont la Suède (58,3 %), l'Allemagne (22,6 %), la Norvège (21,1 %) et le Luxembourg (15,7 %).

38 Aux Pays-Bas, le programme est spécifiquement destiné aux Sans-Papiers extra-européens.

39 Respectivement 49,7 %, 51,7 % et 49,3 %.

Tableau 5 / Statut administratif des patients, par pays (%)

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	LU	NL	NO	SE	UK	% dans les 11 pays européens*	TR
Ressortissant extra-européen sans autorisation de séjour	74,4	10,7	9,1	11,4	49,5	44,2	8,6	84,8	43,7	4,2	63,1	36,7	77,3
Ressortissant UE sans autorisation de séjour[1]	9,9	0,7	36,9	6,0	2,2	5,5	13,6	3,8	5,6	25,0	1,0	10,0	0,5
Total sans autorisation de séjour	84,3	11,4	46,0	17,4	51,7	49,7	22,2	88,6	49,3	29,2	64,1	46,7	77,8
N'a pas besoin de titre de séjour (ressortissant national)[2]	2,5	0,4	10,3	39,6	0,0	14,3	31,4	0,0	0,0	0,0	1,4	9,1	1,1
Ressortissant UE présent depuis moins de 3 mois (pas besoin de titre de séjour)[2]	1,6	1,6	22,6	1,8	0,0	2,7	15,7	0,0	21,1	58,3	0,7	11,5	2,7
Demandeur d'asile (demande ou recours en cours)	2,9	82,4	2,1	16,8	14,3	9,3	6,4	5,1	16,9	0,0	11,6	15,3	8,0
Titre de séjour valide	2,1	2,2	3,7	14,9	15,4	9,0	1,4	2,5	0,0	0,0	2,3	4,9	7,3
Visa de tous types[3]	1,2	1,1	6,3	2,2	8,7	11,4	0,0	-0,1	7,1	0,0	12,0	4,4	1,8
Ressortissant UE avec autorisation de séjour[4]	2,7	0,2	4,3	3,8	6,6	1,5	4,3	1,3	2,8	4,2	0,4	2,9	0,1
Titre de séjour dans un autre pays européen	1,8	0,0	3,5	1,0	0,0	2,1	4,3	0,0	1,4	8,3	0,6	2,1	0,0
Situations spécifiques donnant un droit au séjour[5]	0,5	0,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	2,0	0,4	0,2
Total avec autorisation de séjour	15,3	88,4	53,2	80,1	45,0	50,3	63,5	10,1	49,3	70,8	31,0	50,6	21,2
Ne sait pas	0,4	0,2	0,8	2,5	3,3	0,0	14,3	1,3	1,4	0,0	4,9	2,6	1,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Données manquantes	*4,5*	*4,5*	*2,6*	*7,9*	*65,1*	*3,5*	*20,9*	*4,8*	*0,0*	*59,3*	*4,1*	*16,1*	*3,3*

* Proportions totales moyennes (WAP).
1 Sans ressources suffisantes et/ou couverture santé.
2 Ou situation équivalente (arrivés récemment < 90 jours).
3 Tourisme, court séjour, étudiant, travail.
4 Ressources suffisantes et couverture santé valide.
5 Dont la protection subsidiaire/à titre humanitaire.

FOCUS SUR LES DEMANDEURS D'ASILE

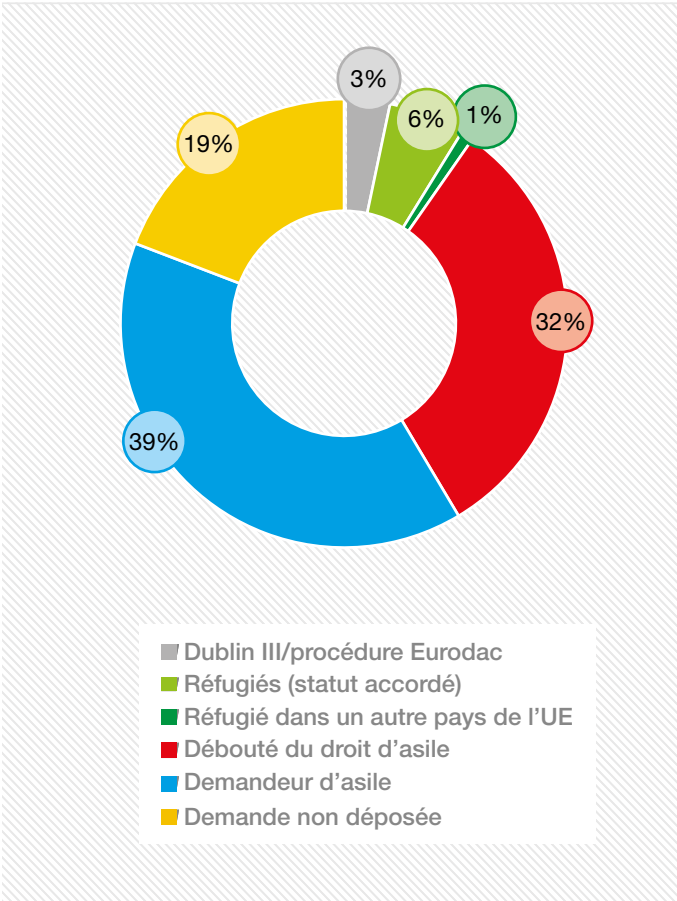
Au total, dans les 11 pays européens, 36,6 % des patients sont ou ont été concernés par une demande d'asile[40]. Comme mentionné plus haut, les demandeurs d'asile sont particulièrement nombreux en Suisse (88,3 %), mais aussi en Norvège (56,5 %), en Allemagne (52,1 %) et en Grèce (49,8 %).

Ces proportions ont considérablement diminué au Royaume-Uni depuis l'année dernière (73,3 % en 2014 et 18 % en 2015), ainsi qu'en Suède (31,3 % en 2014 et 4,3 % en 2015).

Seule une toute petite minorité de demandeurs d'asile ont obtenu le statut de réfugiés (CAP = 4,8%), tandis que 36,7 % ont déjà été déboutés du droit d'asile au moment de leur première consultation dans un programme de MdM ou de ses partenaires. Comme en 2014, la proportion des demandeurs d'asile déboutés était la plus forte en Belgique (81,0 %) et aux Pays-Bas (71,0 %).

40 Malheureusement, le taux de données manquantes est en moyenne de 71,2 %.

Graphique 5 / Situation des demandeurs d'asile (au moment de leur première visite dans un centre MdM et partenaire) en Europe (% WAP)



LES CONDITIONS DE VIE

CONDITIONS DE LOGEMENT

Lorsque les patients ont été interrogés sur la perception qu'ils avaient de leur logement (« stable » ou « temporaire »), une large majorité, 67,8 %[41] dans 10 pays européens[42], ont répondu qu'il était temporaire[43] (cela est particulièrement fréquent en Suisse, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Suède). À Istanbul, 48,3 % des patients ont déclaré vivre dans un logement instable ou temporaire.

Habiter dans un logement temporaire signifie souvent pour les personnes une inquiétude permanente concernant leur lieu de vie, ce qui est un facteur supplémentaire de vulnérabilité en santé.

Habiter chez de la famille ou des amis est cité par 46,3 % des patients en Europe, où cela constitue la situation la plus fréquente, notamment au Royaume-Uni (76,1 %).

Dans les 10 pays européens, seuls 17,9 % des patients sont locataires (ou propriétaires) d'un appartement: en Belgique et en Espagne, plus de 40 % des patients sont dans cette situation. À Istanbul, 58,9 % des patients louent un appartement à titre personnel. Comme en 2013 et 2014, les personnes déclarant y être sans abri sont très rares.

En Europe, 16,9 % des patients sont sans abri, avec un pic au Luxembourg (56,6 %) et en Suède (33,3 %) : 3 % des patients vivent dans des campements de fortune ou des bidonvilles, mais cela concerne 25,9 % des patients rencontrés en Suède. Ainsi, en Suède, où les hivers sont particulièrement rudes, 59,2 % des patients rencontrés vivent à la rue ou dans des abris non adaptés.

14,4 % déclarent être hébergés par une association, une organisation ou à l'hôtel depuis plus de quinze jours. En Suisse, en raison de la situation spécifique d'un des programmes, 86,9 % des patients sont dans cette situation, la plupart dans des centres d'hébergement pour demandeurs d'asile.

Tableau 6 / Conditions de logement par pays

	BE	CH	DE	ES	FR	LU	NL	NO	SE	UK	WAP	CAP	TR
Chez des amis/de la famille	40,9	8,3	55,9	48,9	58,8	20,2	58,0	66,2	29,6	76,1	46,3	49,2	38,0
Logement personnel	46,6	3,6	14,2	42,0	15,3	10,4	17,3	8,5	7,4	13,2	17,9	24,3	58,9
Sans abri	8,9	1,1	20,2	4,5	16,5	56,6	9,9	14,1	33,3	4,2	16,9	12,5	0,7
Logé par une organisation	2,2	86,9	7,5	2,3	7,5	10,4	9,9	11,3	3,7	2,7	14,4	12,1	0,2
Campements/ bidonville	0,1	0,0	1,0	0,0	0,8	1,2	1,2	0,0	25,9	0,0	3,0	0,5	0,6
Lieu de travail	0,1	0,0	1,2	2,3	0,0	0,6	1,2	0,0	0,0	3,1	0,8	0,5	1,1
Squat	1,2	0,2	0,2	0,0	1,2	0,6	2,5	0,0	0,0	0,7	0,7	0,9	0,4
Total	100,0	100,1	100,2	100,0	100,1	100,0	100,0	100,1	99,9	100,0	100,0	100,0	99,9
Données manquantes	5,3	2,4	1,9	66,3	5,1	2,3	2,4	0,0	54,2	2,1	14,2	6,0	1,1

41 Données manquantes : 21,4 %.

42 La question n'a pas été posée en Grèce.

43 La notion de logement instable est donnée par les patients, lorsqu'ils ne sont pas sûrs de pouvoir rester là où ils vivent– c'est leur propre perception de la précarité de leur logement qui importe.



Les enfants, c'est l'heure du bain ! – Idoméni – Grèce

Une famille tchétchène voulant déposer une demande d'asile arrive au centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) avec leurs bagages : un couple, trois petits enfants et leur grand-mère. La direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) a accepté de fournir un abri aux parents et aux enfants, mais pas à la grand-mère.

MdM France – Nice – Mars 2015

Artemis, une jeune Grecque de 21 ans, élève seule sa petite fille de 10 mois. Elle s'est rendue à la polyclinique de MdM à Perama pour faire examiner sa fille par un pédiatre et la faire vacciner. Artemis est sans emploi et sans couverture santé depuis plus d'un an, depuis qu'elle a fermé son propre magasin. Elle a dû retourner vivre chez ses parents pour qu'elle et sa fille puissent bénéficier de leur aide. *« J'ai essayé de construire une merveilleuse famille et j'ai échoué. Aujourd'hui, je ne peux pas prendre soin de ma fille, et encore moins de moi-même. »*

MdM Grèce – Perama – 2015

Vivre dans un logement instable a des conséquences sur la santé physique et mentale : pas seulement en raison du logement en lui-même (matériaux dangereux, chauffage inadapté, etc.), mais aussi en raison de facteurs moins perceptibles (les dimensions psychologique, culturelle et sociale du « foyer »)[44].

À propos de leur logement, **29,2 % des patients interrogés en Europe le considèrent comme néfaste pour leur santé ou celle de leurs enfants[45],** avec un pic au Luxembourg (61,9 %), les patients interrogés y étant sans abri pour la plupart. En Norvège, les logements sont considérés comme dangereux pour leur santé par 47,8 % des patients, même lorsqu'ils vivent chez des amis ou de la famille : les logements y sont tellement chers que cela implique souvent de vivre dans des endroits surpeuplés. À Istanbul, 35,6 % des patients considèrent leur logement comme dangereux pour leur santé.

ISOLEMENT SOCIAL ET SITUATION FAMILIALE

Les patients sans soutien social peuvent nécessiter une assistance plus importante de la part de MdM et partenaires, car l'orientation vers le système de santé de droit commun se révéle encore plus difficile et des accompagnements doivent parfois être mis en place pour les cas urgents.

Lorsqu'on leur demande s'ils peuvent compter sur quelqu'un en cas de problème, 54,3 % des patients rencontrés dans huit[46] pays européens répondent qu'ils ne peuvent que rarement (31,4 %) ou jamais (22,9 %) compter sur quelqu'un lorsqu'ils en ont besoin.

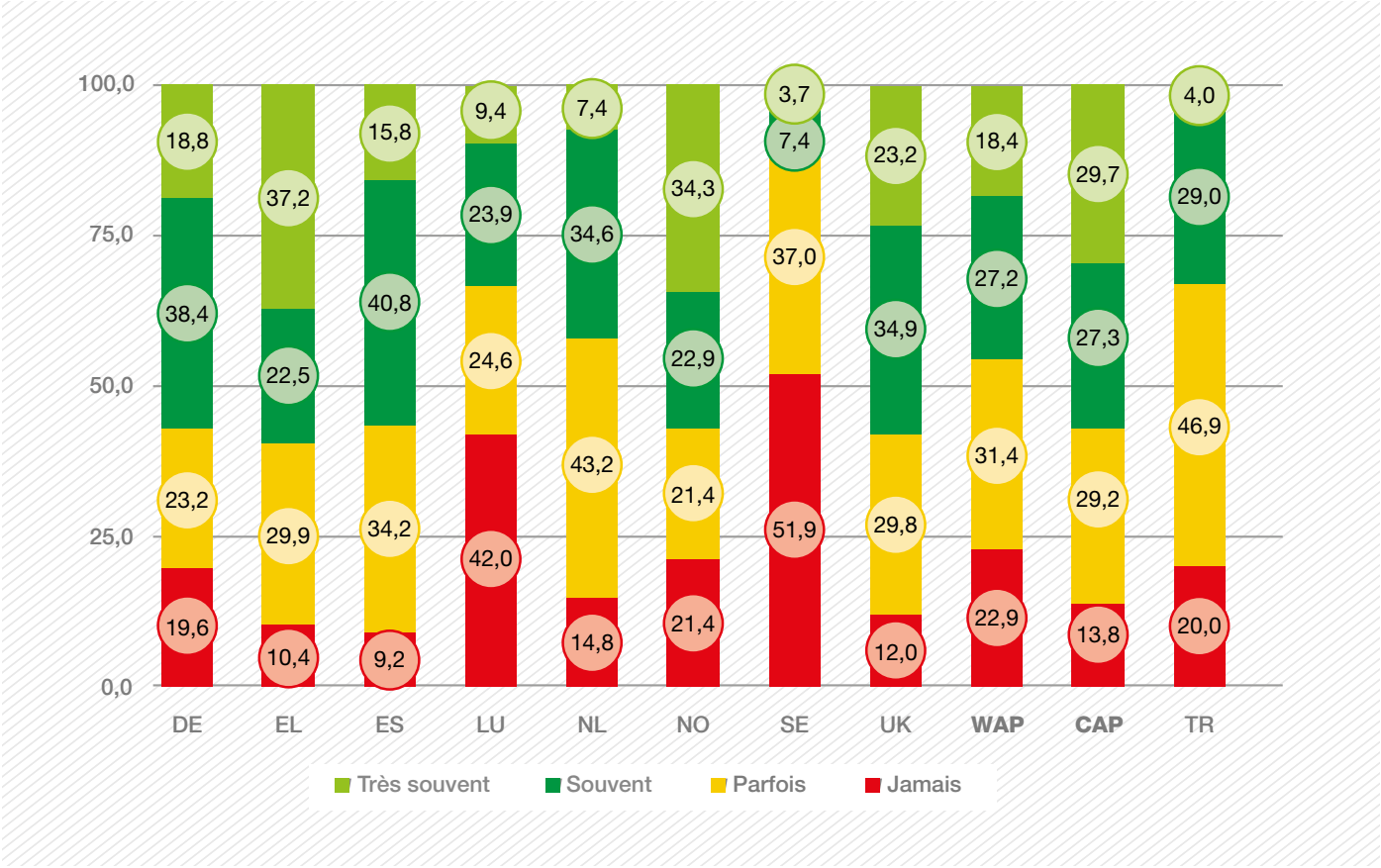
La Suède et le Luxembourg sont les deux pays où les patients ont le plus fréquemment déclaré être complètement isolés : respectivement 51,9 % et 42 % d'entre eux disent ne jamais pouvoir compter sur quelqu'un quand le besoin s'en fait sentir. En Suède, la plupart des personnes vivent avec d'autres personnes aussi démunies qu'elles. Bien qu'elles vivent ensemble, la plupart se sentent vulnérables et n'ont personne sur qui elles peuvent s'appuyer lorsqu'elles ont besoin d'aide. En Grèce, 37,2 % des patients déclarent pouvoir très souvent compter sur l'aide de quelqu'un : cela peut être lié à la forte proportion de patients grecs qui ont de la famille et des amis à proximité. En Norvège, 34,3 % disent pouvoir très souvent compter sur l'aide de quelqu'un, probablement grâce aux associations d'autosupport de migrants à Oslo.

44 Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D. Environmental burden of disease associated with inadequate housing. A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe.

45 Données manquantes : 33,5 %.

46 Malheureusement, la question n'a pas été posée en Belgique, en France et en Suisse.

Graphique 6 / Possibilité de compter sur quelqu'un en cas de besoin, selon les pays (%)



Petre, un Roumain de 41 ans, est arrivé en Norvège il y a deux ans. Il souffre de fortes douleurs dans la jambe. *« J'ai mal depuis vingt-six ans. Ma santé est mauvaise et se détériore de jour en jour. Aucun médicament ne me soulage. J'ai mal partout. Surtout dans la jambe. Et aucun hôpital n'a voulu m'opérer. On refuse de me soigner. Ils disent que c'est parce que je suis sans emploi, mais personne ne me donne de contrat de travail. Pour ça, je devais aussi avoir un lieu de vie permanent, une adresse officielle pendant six mois. Mais c'est très difficile pour moi. Je ne suis pas physiquement en mesure de travailler. Je suis allé voir les services sociaux, mais ils m'ont dit que je devais avoir un contrat de travail pour qu'ils puissent m'aider à obtenir un hébergement. »*

Il est tombé une fois dans la rue et une dame l'a aidé à atteindre l'hôpital. Il y est resté trois jours et devait être opéré mais l'opération lui a été refusée. L'ambassade de Roumanie lui a dit que l'État roumain refusait de payer pour l'opération. Il s'est ensuite rendu au Centre de santé pour migrants sans papiers. Il a obtenu des médicaments et un fauteuil roulant.

Puis l'église où il logeait a fermé. *« Je suis toujours dehors. C'est un problème pour moi car je dois éviter le froid et la pluie. En mars, quelqu'un a volé mon fauteuil roulant. Je marche vraiment très mal maintenant. Et je vis dehors dans la forêt. Ce printemps a été très mauvais. J'ai beaucoup souffert, surtout la nuit. Parfois je ne pouvais plus sentir mes jambes. Cela prenait 20 à 30 minutes chaque matin pour me réchauffer. »*

Petre explique que le soutien social l'aide à supporter la situation. *« J'ai beaucoup d'amis. J'aime beaucoup parler. Tout ce que je fais, je le fais pour les autres. Tout le monde me fait confiance. Ils viennent me voir pour me demander de l'aide et des conseils, en particulier les Roumains. Et je travaille aussi bénévolement dans une association qui fournit des conseils aux femmes de différentes origines. »*

Petre est revenu au centre de santé le lendemain de l'entretien. Il a demandé quelles étaient les possibilités pour travailler bénévolement.

Centre de santé pour migrants sans papiers – Oslo – Norvège - Septembre 2015

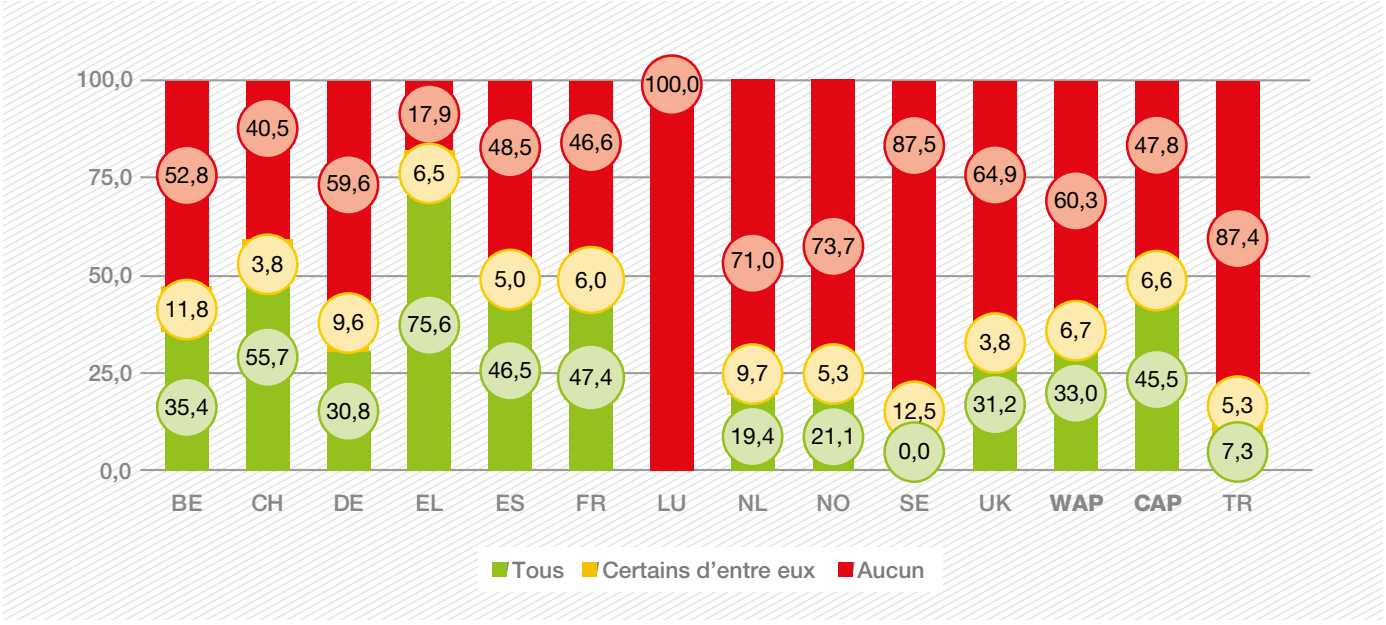
Près de 38 % des patients dans les 11 pays européens ont des enfants de moins de 18 ans. C'est en Suède que cette proportion est la plus forte (60,9 %) et en Espagne qu'elle est la plus faible (20,9 %).

Parmi les personnes qui ont des enfants de moins de 18 ans, **seuls 33,0 % vivent avec tous leurs enfants en Europe. Les parents séparés de leurs enfants vivent une tension émotionnelle considérable, qui constitue un déterminant négatif supplémentaire de santé.**



Sans-abri à Bruxelles

Graphique 7 / Proportion de patients vivant avec leurs enfants selon le pays (%)



TRAVAIL ET REVENUS

Près de la moitié des personnes (46,7 %) fréquentant les centres de santé de MdM et partenaires en Europe n'ont pas d'autorisation de séjour ni de permis de travail. En conséquence, seuls 18,3 % des patients interrogés dans les 11 pays européens déclarent avoir une activité pour gagner leur vie.

Comme en 2013 et 2014, c'est au Royaume-Uni que cette proportion est la plus forte (31,3 %) et, comme l'année passée, à Istanbul (57,5 %), mais elle est particulièrement faible en France (où la région parisienne n'est désormais plus incluse dans l'enquête). Dans l'ensemble, ces proportions peuvent refléter les opportunités d'accès au marché du travail non déclaré dans les grandes villes.

Presque toutes les personnes[47] dans les pays européens (94,2 %) et à Istanbul (99,5 %) vivent sous le seuil de pauvreté[48].

47 Le nombre de personnes vivant grâce aux ressources financières du répondant n'a pas été pris en compte. Si cette donnée était incluse, le taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté serait bien plus élevé et pourrait en réalité concerner 100 % des patients rencontrés par MdM et ses partenaires.

48 Le seuil de pauvreté a été donné pour chaque pays au début de l'année 2015, sur la base des chiffres officiels du pays.

L'ACCÈS AUX SOINS

La couverture maladie universelle est destinée à éviter les dépenses de santé catastrophiques qui ruinent les personnes et les amènent à renoncer aux soins lorsqu'elles en ont besoin[49]. **Elle aide à réduire les inégalités dans l'accès aux soins : toutes les personnes vivant dans un pays devraient bénéficier d'une couverture santé indépendamment de leur situation administrative.**

COUVERTURE DES DÉPENSES DE SANTÉ

La question de la couverture des dépenses de santé est un aspect essentiel pour atteindre l'accès aux soins universel. Bénéficier d'une bonne couverture est capital pour accéder à des soins appropriés, en particulier pour les personnes démunies. Dans la réalité, des différences considérables dans l'accès aux services de santé existent entre les pays de l'UE, l'accès pouvant être restreint ou soumis à conditions.

Avoir une couverture maladie individuelle aide une personne à se sentir libre de recourir aux soins lorsque cela est nécessaire. Dans certains pays, les patients doivent compter sur les professionnels de santé pour se voir accorder l'accès aux soins. Cela signifie qu'ils doivent trouver le bon docteur au bon moment, ce qui n'est pas toujours possible quand on est malade.

Deux tiers (67,5 %) des patients interrogés en Europe déclarent ne pas avoir de couverture pour leurs dépenses de santé lors de leur première visite au centre de santé ; ce chiffre inclut les 54,2 % sans couverture santé et les 13,3 % qui n'ont accès qu'aux urgences.

49 Nations unies. Objectifs de développement durable ; 2015. Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

Tableau 7 / Couverture des dépenses de santé* par pays

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	LU	NL	NO	SE	UK	WAP	CAP	TR
Aucune couverture	93,0	11,3	78,1	17,3	1,2	97,7	67,3	14,3	45,6	87,0	82,9	54,2	64,2	97,9
Accès aux urgences uniquement	0,0	4,2	11,5	42,7	50,4	0,0	0,7	0,0	36,8	0,0	0,0	13,3	13,2	0,0
Sous-total	***93,0***	***15,5***	***89,6***	***60,0***	***51,6***	***97,7***	***68,0***	***14,3***	***82,4***	***87,0***	***82,9***	***67,5***	***77,4***	***97,9***
Couverture totale	4,1	80,9	4,6	25,9	40,0	2,4	0,0	4,3	2,9	0,0	7,8	15,7	15,7	0,9
Couverture partielle	0,2	3,2	15,0	17,6	2,8	0,0	21,8	81,4	1,5	8,7	0,0	13,8	6,8	0,9
Accès gratuit à la médecine générale	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	7,0	1,0	0,3	0,2
Couverture dans un autre pays UE	2,1	0,5	10,9	0,4	0,4	0,0	8,2	0,0	10,3	4,3	0,0	3,4	1,7	0,0
*Autre***	1,9	0,4	42,2	0,3	3,6	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	3,9	5,0	3,7	0,1
Total***	101,3	100,5	162,3	104,2	100,0	100,1	100,0	100,0	100,0	100,0	101,6	106,4	105,6	100,0
Données manquantes	11,0	1,9	1,9	27,1	4,2	17,3	16,9	15,7	4,2	61,0	64,5	20,5	17,9	2,3

* Dans la mesure où cela existe dans le pays, ce qui signifie qu'un reste à charge peut exister pour le patient.
** Accès aux médecins généralistes avec paiement à la charge des patients ; accès aux soins secondaires mais pas à la médecine générale ; accord au cas par cas ; assurance incluse dans le visa.
*** Plusieurs réponses possibles, ce qui explique pourquoi le total peut être supérieur à 100 %.

La proportion de patients sans couverture santé est très élevée en France et en Belgique, respectivement de 97,7 % et 93 %. Dans les faits, ces centres MdM réorientent le plus souvent les personnes bénéficiant d'une couverture santé vers le système de droit commun. En théorie, les Sans-Papiers bénéficient dans les deux pays d'une couverture maladie totale spécifique ; cependant, dans la pratique, les obstacles administratifs et la barrière de la langue en limitent l'accès.

En Allemagne, 89,6 % des patients déclarent ne bénéficier d'aucune couverture santé. Certains migrants ressortissants de l'UE et certains allemands n'ont pas les moyens de souscrire à une couverture santé.

Au Royaume-Uni, une proportion très élevée de patients (82,9 %) n'ont pas accès au NHS, ce qui signifie qu'ils n'ont pas été en mesure de s'enregistrer auprès d'un médecin généraliste, porte d'entrée du système de santé. En Grèce, 60 % des patients n'ont pas de couverture maladie. Jusqu'à ce que la loi change en 2016, les Sans-Papiers n'avaient aucun accès aux soins ; les Grecs et les migrants avec une autorisation de séjour ayant perdu leur emploi depuis deux ans perdaient également leur couverture maladie.

En Norvège, 82,4 % des patients n'ont pas accès au système de santé.

« Lorsque je suis arrivée à Madrid en 2008, je n'ai pas eu de problème pour obtenir une carte de santé. Je dois dire que j'ai été très bien traitée pour ma maladie. Ils m'ont fait des examens très coûteux. » **Fabiola, 46 ans, est une paraguayenne qui vit en Espagne depuis 2008. Elle travaille comme aide à domicile et est en situation irrégulière. Elle souffre d'un lupus érythémateux depuis de longues années.**

En 2011, Fabiola a contracté un zona et a commencé à aller régulièrement au centre de santé. *« Un jour – le décret royal 16/2012 était déjà entré en vigueur –, je suis allée au service de consultation externe et, à l'accueil, on m'a demandé ma TIS (carte de santé individuelle) – comme toujours – et, pour la première fois, mon titre de séjour. Lorsque j'ai répondu que je n'avais pas de titre de séjour, une personne – pas l'assistante administrative qui s'occupait de moi, mais quelqu'un derrière elle, a dit "Allez, prends sa carte" ; elles me l'ont arrachée des mains. »*

Fabiola n'était plus en mesure d'être domiciliée, la famille avec qui elle vivait étant partie ; elle ne pouvait ainsi pas faire la demande d'une nouvelle TIS. Son médecin a décidé de continuer à la soigner sans se soucier de sa situation. *« Comme je n'étais pas enregistrée, la TIS que j'avais obtenue lorsque je suis arrivée ici et dont la période de validité était de dix ans est devenue inutile. C'est un peu triste, parce qu'ils me l'ont donnée et qu'ils me l'ont reprise eux-mêmes. »*

Fabiola ne s'est pas découragée, elle a réussi à s'enregistrer de nouveau, et a obtenu une TIS à la fin 2014.

Aujourd'hui, Fabiola doit s'injecter elle-même son traitement une fois par semaine, même si ses mains tremblent trop pour lui permettre de se faire une injection seule. Cependant, à chaque fois qu'elle se rend au centre pour l'injection, ils « font des histoires ». *« Et l'autre problème, c'est le coût : c'est 100 euros. Si Anesvad [une association] ne me les fournissait pas, je ne serais pas capable de les payer… Une des choses que je trouve tristes, c'est que ce sont les mêmes personnes qui nous emploient et qui nous refusent l'accès à nos droits : je veux dire, pas de domiciliation et pas de contrat de travail. Je ne sais pas ce qui est le pire, le gouvernement qui a changé la loi ou les personnes qui ne nous permettent pas de nous enregistrer de façon à ce que l'on puisse accéder à nos droits. »*

MdM Espagne – Bilbao – Décembre 2015

Bien que les Sans-Papiers en Espagne soient censés accéder gratuitement aux urgences aux mêmes conditions que les autres personnes, dans la pratique, certains se sont vu facturer leurs soins, comme en ont été témoins MdM ainsi que les Médiateurs en Espagne[50]. Le réseau Reder[51] a dénoncé également de nombreux cas où des femmes enceintes se sont vu refuser des couvertures santé temporaires, comme de nombreux enfants, qui devraient bénéficier du même accès que les enfants espagnols jusqu'à l'âge de 18 ans.

Une proportion très élevée de patients interrogés en Suède (87 %), n'ont pas de numéro national d'identification leur permettant d'accéder au système de santé de droit commun.

En Suisse, une large majorité (80,9 %) de patients interrogés ont une couverture maladie en tant que demandeurs d'asile.

Presque tous les patients (97,9 %) interrogés à Istanbul n'ont aucune couverture santé.

Lorsque l'on compare l'accès aux soins des citoyens de l'UE et des ressortissants de pays tiers en Europe, on peut voir que les deux groupes n'ont pratiquement pas accès à la couverture santé (plus de 70 % n'en ont pas). Dans la pratique, dans certains pays, principalement en France, en Belgique, en Espagne et aux Pays-Bas, il peut même être plus difficile pour un citoyen de l'UE que pour un étranger d'une autre nationalité d'obtenir une couverture santé, en raison des obstacles administratifs.

LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS

VUE D'ENSEMBLE

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

- **Les barrières financières (24,0 %),** qui rassemblent les frais liés à la consultation et aux médicaments, les avances à régler, et le montant prohibitif des cotisations à payer pour une couverture santé. Les barrières financières, dont le coût des consultations et des traitements, sont trois fois plus fréquemment citées en Allemagne (67,4 %) qu'en moyenne dans les neuf pays européens[52].
- **Les problèmes administratifs (14,2 %),** qui incluent les législations restrictives et les difficultés à rassembler les justificatifs nécessaires pour obtenir une forme quelconque de couverture santé, ainsi que les dysfonctionnements administratifs. Les problèmes administratifs sont fréquemment cités en Espagne (41,7 %), en France (25,7 %) et en Norvège (26,3 %).
- **Un manque de connaissance ou de compréhension du système de santé et de leurs droits (9,1 %).**
- Même si la barrière de la langue n'est citée spontanément que par 6,9 % des patients, **40,8 % de l'ensemble des consultations dans les centres de santé européens nécessitent la présente d'un interprète. Nous devrions donc considérer la barrière de la langue comme un problème majeur.**

Le besoin en interprétariat est important et il devrait être fourni dans toutes les structures de santé de droit commun. Dans les centres de santé de MdM et partenaires, le plus souvent possible, l'aide d'un interprète, présent lors de la consultation ou joint par téléphone, permet de réduire la barrière de la langue. Malheureusement, les services d'interprétariat professionnel ne sont pas toujours disponibles ou sont beaucoup trop chers.

50 Rapport des Médiateurs : « Les pratiques quotidiennes dans les centres de santé (par ex. la facturation) mettent au jour les problèmes d'accès aux soins urgents pour les Sans-Papiers, qui devraient être fournis à des conditions égales et gratuitement ». Las urgencias hospitalarias en el Sistema nacional de salud: derechos y garantías de los pacientes, Madrid, janvier 2015.

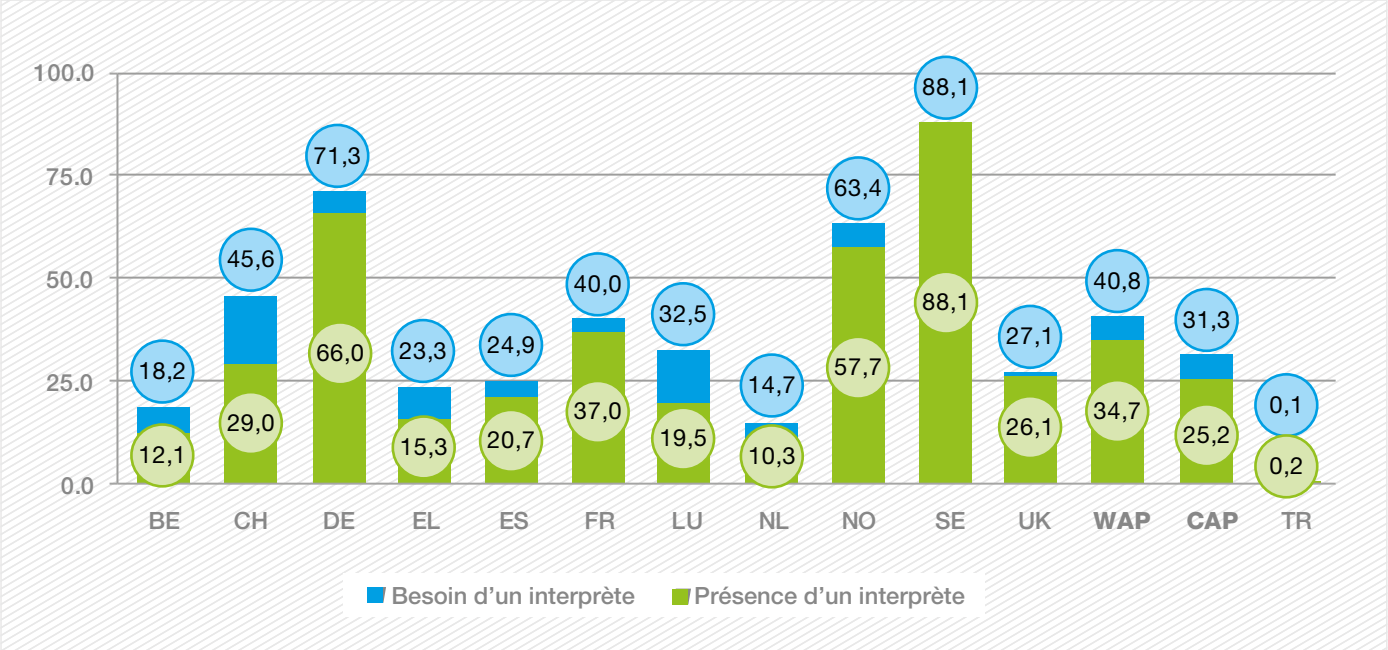
51 Le Réseau pour dénoncer et résister au décret-loi royal espagnol 16/2012 (REDER).

52 Les données concernant les obstacles à l'accès aux soins ne sont pas disponibles pour la Belgique et la Suisse.



Bienvenue à open.med à Munich

Grahique 8 / Besoins et présence d'interprètes



Habiba vient du Nigeria et a 27 ans. *« Quand je suis arrivée en Belgique, j'ai découvert que je vivais avec une tumeur dans l'utérus depuis deux ans. Elle était devenue tellement grosse qu'au début le médecin a cru que j'étais enceinte. J'ai essayé d'obtenir une aide financière pour une opération via le centre public d'action social (CPAS), mais ils ont refusé de m'aider parce que je ne pouvais pas prouver que je vivais à Anvers. J'ai reporté les soins, et à la fin, mon état a tellement empiré que j'ai été admise aux urgences pour y être immédiatement opérée. Après cela, on m'a remis une facture énorme mais, heureusement, les gens de Médecins du monde sont intervenus auprès du CPAS et j'ai finalement obtenu la couverture santé à laquelle j'avais droit. Cela fait trois ans aujourd'hui et la tumeur n'est toujours pas revenue. J'ai presque perdu mon utérus, la chance était de mon côté. »*

MdM Belgique – Anvers – Juillet 2015

En Allemagne, les demandeurs d'asile, les réfugiés et les Sans-Papiers doivent demander un bon de maladie au bureau des affaires sociales de la commune pour avoir accès aux soins gratuitement. Cependant, les fonctionnaires, y compris le personnel de santé, à l'exception de ceux travaillant aux urgences hospitalières (et dans les écoles), ont le devoir de signaler les Sans-Papiers à la police. Cela constitue un immense obstacle à l'accès aux soins pour les Sans-Papiers et leurs enfants, car ils craignent d'être arrêtés.

Il est très rare que les patients bénéficient d'une couverture santé dans un autre pays européen, excepté en Allemagne (11,9 %), aux Pays-Bas (7,0 %) et en Suède (9,1 %). Nous considérons cela comme un obstacle, puisque, dans les faits, avoir le droit de se faire soigner dans un autre pays rend quasiment impossible l'exercice de ce droit dans le pays de résidence.

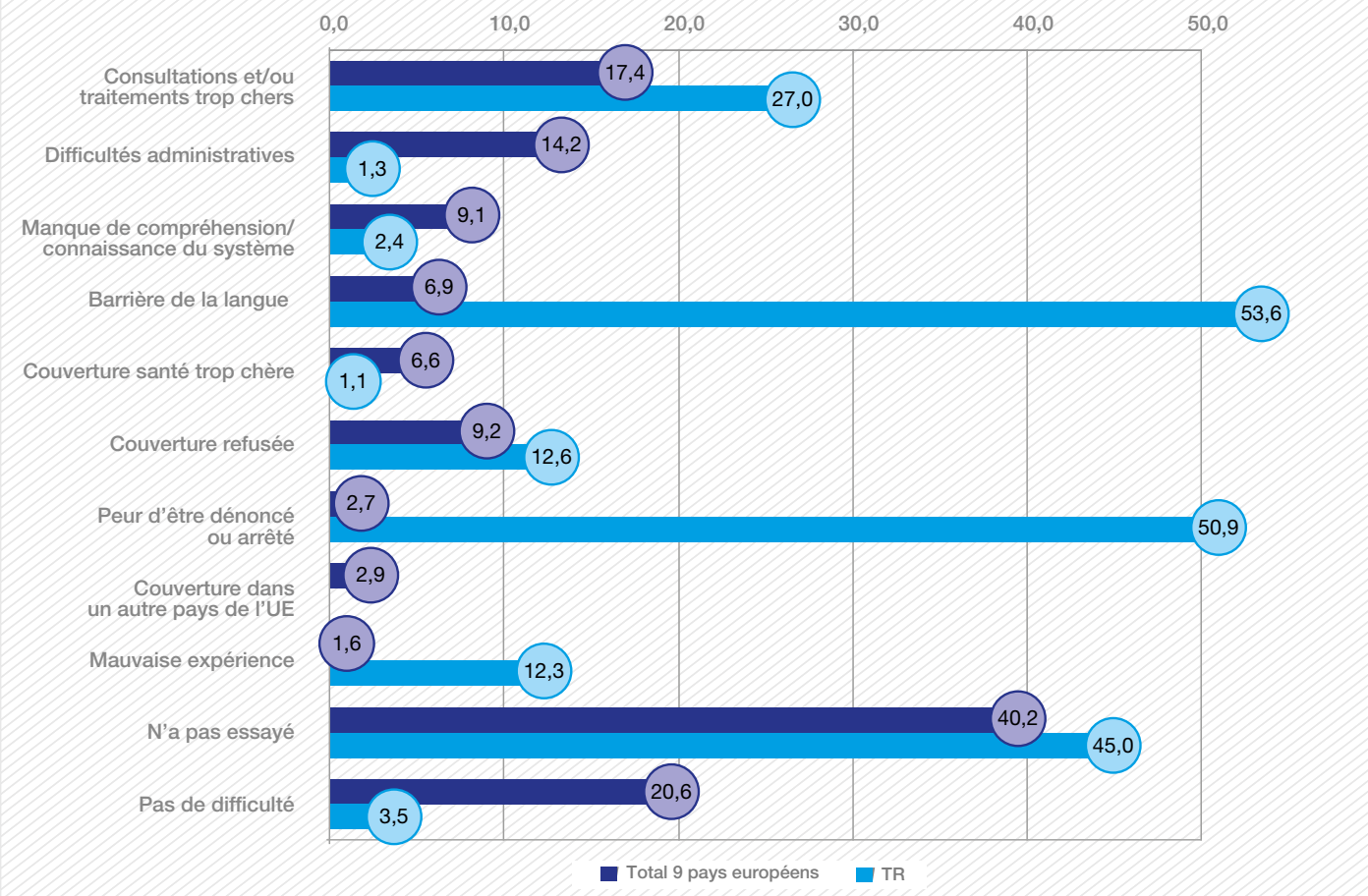
En Espagne, 65,9 % des personnes interrogées font état d'obstacles administratifs, parmi lesquels le refus de délivrance d'une couverture santé, conséquence du décret royal 16/2012.

La situation est très différente à Istanbul, où les obstacles cités sont la barrière de la langue (53,6 %), la peur d'être dénoncé ou arrêté (50,9 %) et la barrière financière (28,1 %). C'est aussi le pays où la proportion de patients déclarant avoir vécu une mauvaise expérience dans une structure de santé est la plus élevée (12,3 %), en comparaison avec 1,6% dans les autres pays ($p<0.001$). Seuls 3,5 % des patients disent n'avoir eu aucune difficulté pour accéder aux soins, contre 20,6 % en Europe ($p<0.001$). Toutes ces différences reflètent les limites de l'accès aux soins des migrants, et en particulier des Sans-Papiers, en Turquie.

Le fait que 40,2 % des patients en Europe[53] n'aient pas essayé d'obtenir des soins avant leur arrivée dans un centre gratuit de MdM ou partenaires montre une fois encore à quel point le système de santé de droit commun est perçu comme inaccessible. Alors que certains peuvent ne pas avoir eu besoin de soins médicaux avant leur visite, il est probable que d'autres n'ont pas cherché à accéder aux soins parce qu'ils avaient intériorisé les obstacles ou en avaient une perception amplifiée, en raison d'un manque de connaissance de leurs droits dans les rares pays où ils en ont quelques-uns.

53 Données manquantes en moyenne en Europe : 52,9 %.

Graphique 9 / Les obstacles à l'accès aux soins dans neuf pays européens et en Turquie



Les Nasri sont des Sans-Papiers originaires du Maroc qui vivent en Belgique depuis 2009. Leur plus jeune fille a un grave handicap mental et physique. Malgré le fait qu'elle soit autorisée à recevoir des soins au travers du dispositif de couverture santé universelle, les autorités locales lui en refusent l'accès.

« Djamila a 8 ans. Elle ne peut ni marcher ni parler. Crier et se tirer les cheveux sont ses principaux moyens d'expression. Les médecins [MdM Anvers] nous ont dit qu'elle devait voir un neurologue et un psychiatre et faire un scanner. Mais le CPAS refuse de payer, prétextant que nous ne coopérons pas suffisamment pour l'enquête sociale. »

La régularisation pour raison de santé a été refusée, le motif donné étant que Djamila était déjà en situation de handicap avant son arrivée en Belgique. *« Notre fille a besoin d'être aidée par des professionnels. Cette aide, nous ne pouvons pas la lui apporter. Cette aide a été refusée encore et encore par les autorités. Mon mari est devenu suicidaire, il dit que nous devrions tous nous jeter sous un train, qu'il n'y a plus d'avenir pour nous désormais. J'ai peur pour ma famille, peur pour mon enfant. »*

MdM Belgique – Anvers – Mai 2015

LE RENONCEMENT AUX CONSULTATIONS MÉDICALES OU AU TRAITEMENT

Au cours des douze derniers mois, 21,5 % des patients ont renoncé à une consultation médicale ou à un traitement, et jusqu'à 39,8 % d'entre eux en Allemagne[54].

LE REFUS DE SOINS DE LA PART DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Mehdi est égyptien, il a 31 ans et vit à La Canée depuis sept ans. En février 2015, il s'est rendu dans une clinique privée avec de la fièvre : il a été diagnostiqué comme séropositif au VIH. Il s'est rendu à l'hôpital d'Héraklion et une prise de sang a été faite au service des maladies infectieuses, qui a confirmé le diagnostic. Il s'est néanmoins vu refuser le traitement, au motif qu'il était sans papiers. Les médecins de l'hôpital lui ont suggéré de contacter la polyclinique de MdM à La Canée. Mehdi a pris rendez-vous avec les travailleurs sociaux de la polyclinique afin de trouver un moyen d'obtenir le traitement. ***« Pourquoi ne me donnent-ils pas de traitement ? Je vais mourir, je n'ai pas d'argent pour acheter les médicaments. »***

Les travailleurs sociaux ont pris rendez-vous avec l'ONG Thetiki Foni (« La voix positive »), pour que Mehdi puisse avoir ses médicaments gratuitement pendant un mois. Ils l'ont aussi aidé dans ses démarches de demande d'asile. En avril 2015, Mehdi étant désormais demandeur d'asile, il a commencé à obtenir ses médicaments au service des maladies infectieuses de l'hôpital d'Héraklion.

MdM Grèce – La Canée – 2015

Est considéré comme refus de soins tout comportement volontaire de la part d'un soignant conduisant, directement ou indirectement, à une absence de soins ou de traitements adaptés à la situation du patient. Au cours des douze derniers mois, 9,2 % des patients rencontrés en Europe (avec les proportions les plus élevées en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni) et 12,6 % de ceux rencontrés à Istanbul[55] se sont vu opposer un refus de soins par un professionnel de santé. Ces chiffres montrent à quel point les pratiques des soignants peuvent réellement faire une différence.

Hamza est un Marocain sans papiers de 24 ans. Il s'est vu refuser des soins en raison de sa situation administrative : ***« Je suis venu à la clinique et j'ai attendu mon tour. Puis j'ai vu un médecin ou un infirmier, je ne sais pas. Ce que je sais, c'est que je n'ai reçu aucun soin pour mes problèmes. Ils m'ont juste envoyé à la pharmacie pour acheter des médicaments en vente libre. Je suis triste de n'avoir reçu aucune aide. »***

MdM Suède – Stockholm – Mai 2015

LES DISCRIMINATIONS DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ

Parmi les patients interrogés, 3,7 % ont été victimes de racisme (discrimination fondée sur la couleur ou l'origine ethnique) dans une structure de santé en Europe (dans les huit pays où la question a été posée[56]).

Plus d'un tiers des patients à Istanbul (38,7 %) ont été victimes de discrimination de la part d'un soignant[57].

LA PEUR D'ÊTRE ARRÊTÉ

Les équipes ont demandé aux étrangers sans papiers ou en situation administrative précaire s'ils limitaient leurs déplacements de peur d'être arrêtés. La restriction des déplacements constitue un obstacle bien connu à l'accès aux soins, la priorité étant souvent donnée à des besoins plus impératifs tels que se procurer de la nourriture ou trouver un endroit pour dormir.

En Europe, 39,6 % des patients déclarent limiter leurs déplacements, parfois, souvent ou très souvent, de peur d'être arrêtés[58]. Comme les années précédentes, c'est au Royaume-Uni que cette proportion est, étonnamment, la plus élevée (80,0 %).

Kodjo est un Togolais de 35 ans. Il vit dans un ancien immeuble de bureaux squatté à Amsterdam, avec environ 80 autres Sans-Papiers. La nourriture et l'argent sont rares.

Il a dû quitter son pays en raison de son orientation sexuelle. Il a déposé une demande d'asile aux Pays-Bas, expliquant qu'il craignait pour sa vie et sa liberté au Togo à cause de son homosexualité. Il s'est vu refuser l'asile au motif qu'il ne pouvait pas prouver son homosexualité : il n'avait aucune photo de lui ou d'écrit montrant qu'il l'était.

Kodjo est venu à MdM à cause d'une douleur persistante au pied. Lors d'une grève et d'une manifestation violentes au Togo deux ans plus tôt, il avait été frappé avec un objet en métal au pied gauche. La blessure était si grave qu'il avait dû être amputé à l'hôpital de l'avant du pied. Depuis l'opération, il souffre énormément au niveau des nerfs sectionnés, ce qui est très fréquent dans les cas d'amputation. Il prend un traitement lourd pour cela, mais en raison de sa situation financière instable, il n'a pas été en mesure d'importer les médicaments depuis son pays d'origine au cours des six derniers mois. ***« J'avais peur que les médecins disent à la police que j'étais ici sans papiers ; c'est pour cela que je ne suis pas allé les voir pour le renouvellement de mes médicaments. »***

Nous lui avons expliqué que nous pourrions lui prendre un rendez-vous avec un médecin sans danger, et sans aucun risque d'être dénoncé à la police grâce au réseau MdM. De cette façon il pourra obtenir une prescription, et n'aura plus à les importer d'une autre source (non sûre).

MdM Pays-Bas – Amsterdam – 2015

54 Cette question n'a pas été posée en Belgique et en Suisse ; données manquantes : 53,1 % en Grèce, 59,0 % au Royaume-Uni, 63,8 % au Luxembourg et 62,7 % en Suède.

55 Cette question n'a pas été posée en Belgique et en Suisse ; données manquantes : 61,0 % en Grèce, 61,1 % au Royaume-Uni et 76,1 % en Espagne.

56 Cette question n'a pas été posée en Belgique, en France et en Suisse. Les données manquantes sont nombreuses au Luxembourg (87,1 %) et en Suède (57,6 %). Dans les autres pays, cette question est posée bien plus souvent depuis que la formulation a été changée ; nous recommandons donc de la conserver pour les prochaines enquêtes.

57 Données manquantes : 29,8 % en Europe et 22,5 % à Istanbul.

58 Données manquantes : 60,3 %.

L'ÉTAT DE SANTÉ PERÇU

L'autoévaluation par une personne de sa propre santé se fonde sur sa perception et peut intégrer de nombreux facteurs difficiles à saisir cliniquement, tels que les maladies latentes, la gravité de la maladie, les dimensions physiologiques et psychologiques et la situation sociale. Les études scientifiques ont démontré que l'état de santé perçu est une mesure valide, au niveau de la population, associée au déclin fonctionnel, à la morbidité et à la mortalité[59].

Les questions sur l'état de santé perçu sont incluses dans le questionnaire social et elles sont délibérément posées par un membre du personnel non médical (de façon à laisser la personne exprimer sa perception propre). **Une majorité (58,4 %) de patients rencontrés par MdM et ses partenaires dans neuf pays d'Europe[60] considèrent leur état général de santé comme pauvre (c'est-à-dire très mauvais, mauvais ou moyen) et 24,1 % le considèrent comme très mauvais ou mauvais (3,6 % en Turquie).**

En outre, 23,7 % des patients considèrent leur santé physique comme mauvaise ou très mauvaise (4,4 % en Turquie), **et cette proportion atteint 24,7 % lorsqu'il s'agit de leur santé mentale** (11,3 % en Turquie).

Le graphique ci-dessous présente l'état de santé général perçu par les patients de MdM et partenaires, comparé aux données de la population générale des pays d'accueil[61]. Étant donné que la plupart des personnes se rendant dans un centre de de santé de MdM ou partenaires ont, par définition, un problème de santé, l'objet de ce graphique n'est pas une stricte comparaison avec l'état de santé perçu en population générale.

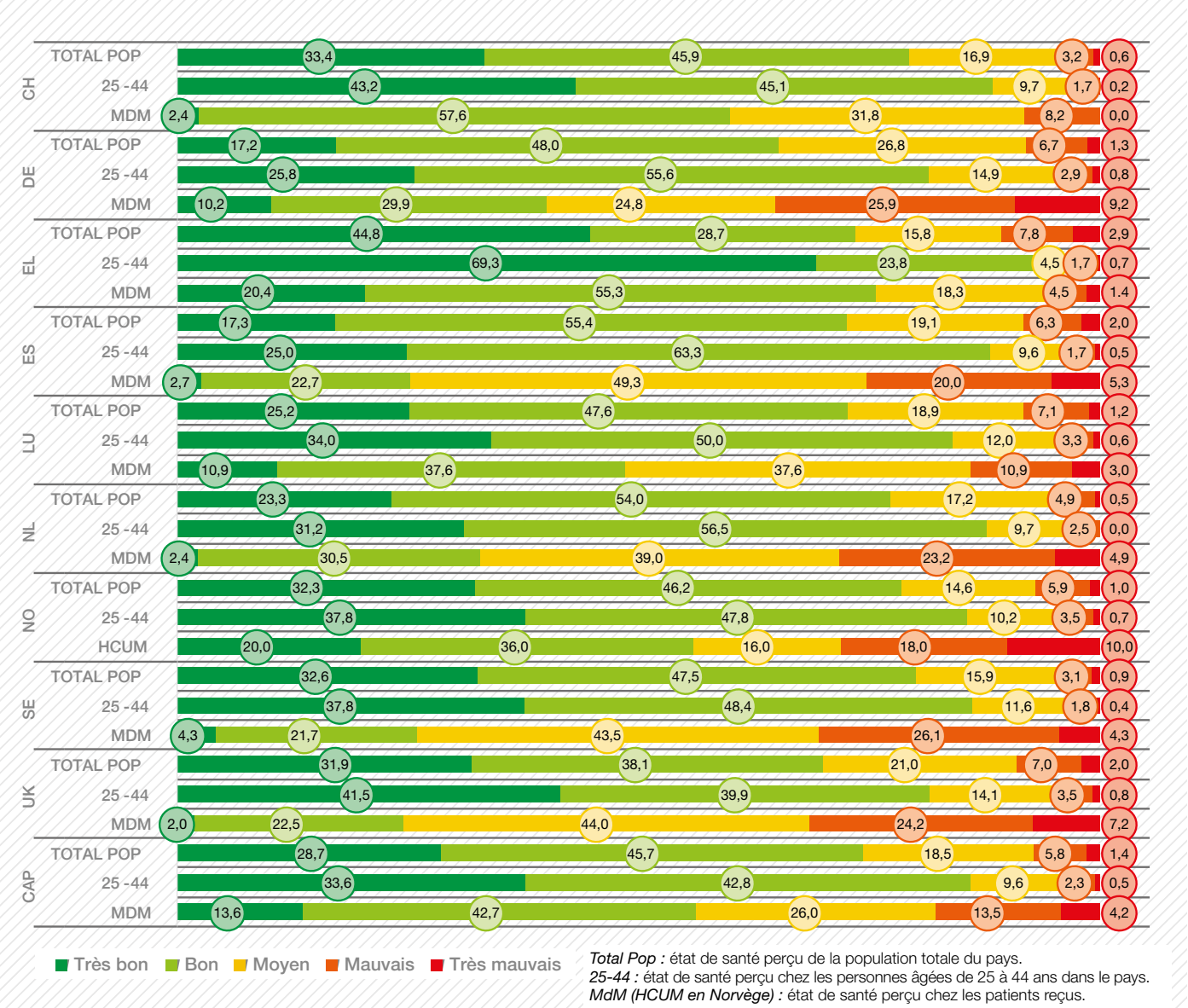
Au total, respectivement 13,5 % et 4,2 % des patients de MdM considèrent leur état de santé comme mauvais ou très mauvais, contre 2,3 % et 0,5 % des adultes âgés de 25 à 44 ans de la population générale des neuf pays concernés (ce groupe d'âge est proche de la distribution par âge des patients vus par MdM et partenaires).

59 De Salvo K, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Internal Med 2006*; 21: 267-76.

60 Dans neuf pays européens, les questions n'ayant pas été posées en France et le taux de données manquantes étant très élevé en Belgique (> 95%).

61 Eurostat. 2014. Self-perceived health statistics

Graphique 10 / État général de santé perçu chez les patients enquêtés et en population générale de tous âges et de 25 à 44 ans dans les pays d'accueil, en Europe



Total Pop : état de santé perçu de la population totale du pays.
25-44 : état de santé perçu chez les personnes âgées de 25 à 44 ans dans le pays.
MdM (HCUM en Norvège) : état de santé perçu chez les patients reçus.

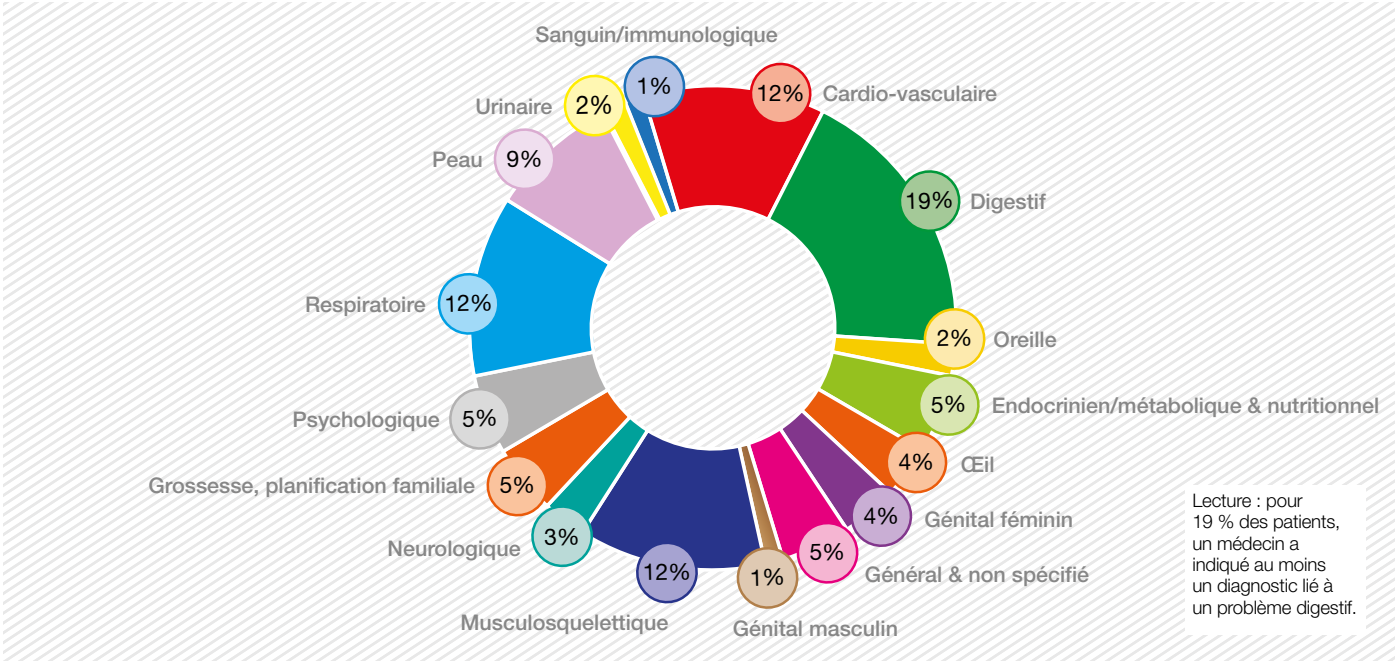
ÉTAT DE SANTÉ

PROBLÈMES DE SANTÉ

La moitié des problèmes de santé rencontrés concernent quatre appareils : 19,0 % se sont vu diagnostiquer un problème digestif, 12,0 % un problème musculosquelettique, 12,0 % un problème cardiovasculaire et 12,0 % des problèmes respiratoires.

Parmi les femmes rencontrées, les problèmes liés à la grossesse ou à l'accouchement sont cités dans 12,2 % des consultations et les problèmes gynécologiques dans 8,4 %.

Graphique 11 / Répartition des diagnostics par appareil (en % de patients concernés)



Un ou plusieurs problèmes de santé mentale ont été diagnostiqués chez 5 % des patients, avec 2,5 % des patients diagnostiqués pour de l'anxiété et des problèmes associés et 1,0 % pour une dépression. Les problèmes de santé mentale restent de façon évidente sous-déclarés et sous-diagnostiqués chez les personnes rencontrées dans les centres de MdM et partenaires, au regard de leur poids considérable au sein des populations de migrants[62], en particulier parmi les réfugiés ou les personnes ayant fui un pays en guerre[63].

Au-delà du motif principal de consultation donné par les patients, les problèmes de santé mentale devraient être recherchés systématiquement et avec attention lors de la première rencontre.

CONTRACEPTION

Dans l'ensemble, 13,4 % des femmes en Europe utilisent un moyen contraceptif, et 7,8 % à Istanbul[64]. Parmi les femmes n'utilisant pas de moyen de contraception, 15,1 % en Europe déclarent souhaiter y recourir[65]. L'offre d'information en matière de contraception devrait être renforcée dans les programmes.

Lili vient d'Asie du Sud-Est et a 35 ans. Elle est sans papiers et vit depuis plusieurs années à Munich, où elle travaille comme nounou chez une famille originaire du même pays qu'elle. Elle a elle-même un enfant, qu'elle a dû laisser en partant et qu'elle n'a pas vu depuis de nombreuses années.

La première fois que nous l'avons vue, elle était très timide et craintive. Elle nous a raconté qu'elle n'avait pas vu de médecins depuis cinq ans et qu'elle avait mal dans tout le corps : douleurs abdominales, dentaires et maux de tête. Nous avons pris plusieurs rendez-vous avec un dentiste et un gynécologue, ce qui a permis d'améliorer son état de santé. Par hasard, elle a également rencontré une autre patiente originaire de son pays avec une histoire similaire.

Le fait d'avoir un endroit où aller et de savoir qu'elle n'était pas seule dans sa situation a aidé Lili à reprendre confiance. Elle est actuellement en voie d'obtenir un titre de séjour avec l'appui de notre association partenaire Café 104.

MdM Allemagne – Munich – Août 2015

SOINS URGENTS

Au total, plus de 40 % des patients ont besoin de soins urgents ou assez urgents au moment de leur consultation dans les programmes de dix pays européens[66]. Comme en 2014, cette proportion est nettement plus forte à Munich (49,0 %), et au Royaume-Uni (33,8 %). Ces résultats montrent une fois de plus que les patients attendent avant de demander des soins et qu'ils arrivent tardivement dans nos centres de santé gratuits.

62 Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clin Pract Epidemiol Mental Health* 2005;1:13.

63 Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, Lecic-Tosevski D, Morina N, Popovski M, Schützwohl M, Wang D, Priebe S. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. Br *J Psychiatry* 2012;200:216-23.

64 Données manquantes : respectivement 69,3 % et 63,2 %.

65 Données manquantes : 67,7 %.

66 La Belgique n'a pas recueilli ces données.
Données manquantes : 37,0 %.



Une unité mobile de MdM à Athènes

PROBLÈMES DE SANTÉ AIGUS ET CHRONIQUES

Dans les pays européens, 48,6 % des patients se sont vu diagnostiquer au moins un problème de santé aigu, et jusqu'à 82,2 % des patients à Istanbul.

Dans les pays européens, 47,5 % des patients ont au moins un problème de santé chronique, et 17,8 % à Istanbul. Pour les personnes n'ayant pas accès à une couverture santé (celles que nous rencontrons dans nos centres de santé), un des problèmes principaux est l'absence de continuité des soins, qui est encore plus importante dans le cas des pathologies chroniques.

TRAITEMENTS NÉCESSAIRES

Dans les programmes européens[67], 73,7 % des patients ont besoin d'un traitement considéré comme « nécessaire » par le médecin[68]. Les traitements sont considérés comme nécessaires quand le fait de ne pas les prescrire entraîne une détérioration de la santé du patient ou aggrave de façon significative le pronostic ; dans les autres cas, ils sont considérés comme « de précaution ».

Ayan a 5 ans et vient de Jordanie. Il habite en Grèce avec ses parents, qui sont sans papiers. Il s'est vu diagnostiquer une bronchite asthmatique chronique par le médecin de notre polyclinique. Avant MdM, il n'avait pas accès aux soins, car il n'était autorisé à recevoir des soins dans aucun hôpital public. Il a besoin chaque mois de certains médicaments, qui lui sont fournis par MdM Grèce. Il est suivi par un pédiatre de la polyclinique.

MdM Grèce – Patras – 2015

La proportion de patients pour qui un traitement est nécessaire est très élevée partout (excepté au Royaume-Uni), ce qui montre que les patients consultent les centres de santé gratuits de MdM et partenaires pour des problèmes de santé graves.

DES PATIENTS PEU OU PAS SUIVIS AVANT D'ARRIVER DANS NOS CENTRES

Dans dix pays européens[69], 65,9 % des patients n'avaient pas eu de traitement ou suivi pour leur pathologie avant d'arriver dans nos centres. 54,7 % ont au moins un problème de santé qui n'a jamais été suivi ou soigné avant leur arrivée dans un centre de MdM ou partenaires et 11,2 % ont été seulement partiellement soignés. Ce pourcentage est significativement plus élevé en Suisse (71,5 %), en France (67,5 %) et en Norvège (67,2 %). À Istanbul, aucun patient n'avait bénéficié d'un traitement avant d'arriver dans le centre de santé gratuit.

En Grèce, 46,4 % des patients déclarent ne pas avoir bénéficié de traitement ou d'un suivi avant leur première consultation à MdM Grèce, une augmentation substantielle comparée aux 37,8 % de l'année précédente. Cela peut indiquer de fréquentes ruptures dans la continuité des soins : les problèmes de santé qui étaient diagnostiqués et traités précédemment ne l'étant plus, les patients se sont tournés vers MdM Grèce. L'impact de la crise économique, avec les mesures d'austérité qui ont suivi et la réorganisation profonde de l'ensemble du système de santé, doivent être pris en compte[70].

67 La Belgique n'est pas incluse en raison des données manquantes.

68 Données manquantes : 39,6 %.

69 Les données belges n'ont pas été analysées en raison d'un taux de données manquantes de 96,1%. Pour les autres pays on a 42,6% de données manquantes.

70 Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Grèce in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy* 2014; 115: 111-9.

Jawad a 42 ans, il est Pakistanais et vit actuellement en Grèce sans papiers. Il a seulement une carte de « retour volontaire » remise par l'OIM (Organisation internationale pour les migrations).

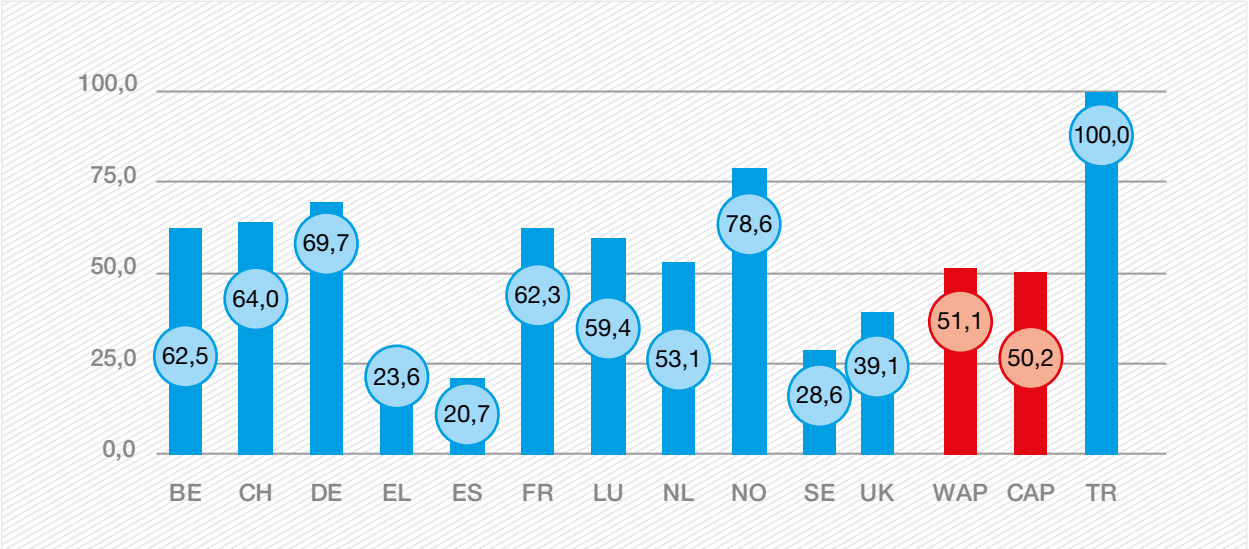
Jawad est venu à la polyclinique de MdM à Perama avec une douleur intense à la poitrine et a raconté qu'on avait refusé de le soigner à l'hôpital après lui avoir demandé de l'argent pour être soigné. Notre médecin a demandé qu'il soit immédiatement transféré à l'hôpital, son état étant critique : on lui a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde. Jawad a finalement été transféré au service de cardiologie de l'hôpital général de Thriasio.

MdM Grèce – Perama – Décembre 2015

MALADIES CHRONIQUES : NI ACCÈS NI CONTINUITÉ

La moitié des patients (51,1 %) vus en Europe par un médecin d'un centre de santé de MdM ou partenaires ont au moins une maladie chronique qui n'a jamais été dépistée ou surveillée par un médecin avant leur venue. Aucun patient à Istanbul n'a eu accès aux soins avant sa venue au centre de l'ASEM.

Graphique 12 / Proportion de patients avec une ou plusieurs maladies chroniques n'ayant jamais été soignés avant de se présenter dans un centre de MdM ou partenaires, par pays



Une proportion importante de patients vivant avec des problèmes de santé chroniques devraient avoir eu accès à un traitement plus tôt. Dans les pays européens, **44,8 % des patients ont au moins une maladie chronique qui selon les médecins aurait dû être prise en charge plus tôt.** Cette proportion va jusqu'à 81,0 % en Grèce, 71,0 % en Allemagne et 64,0 % en Norvège (100% à Istanbul).

Deux tiers des patients (68,7 %) atteints d'une maladie chronique n'en avaient pas connaissance au moment de leur arrivée dans le pays d'accueil, ce qui montre une fois de plus que la migration pour raison de santé n'est pas une réalité pour les patients que nous rencontrons.

DÉPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES

Les personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé sont aussi celles qui ont en général le moins accès à la médecine préventive. Le dépistage est ainsi primordial. Demander aux patients s'ils souhaitent être dépistés pour le VIH, le VHB et le VHC est aussi une façon d'aborder plus largement la question de la prévention.

Tableau 8 / Souhait d'être dépisté/e (VIH, VHB et VHC) et connaissance des lieux pratiquant le dépistage, par pays

	DE	EL	ES	NL	NO	SE	UK	% dans 7 pays européens*	TR	% dans les 8 pays*
Souhait d'être dépisté/e	55,8	18,8	43,5	45,8	74,4	27,8	2,4	43,5	98,7	48,7
Données manquantes	*44,6*	*41,4*	*9,2*	*42,2*	*45,1*	*69,5*	*43,5*	*59,0*	*0,4*	*57,5*
Connaissance des lieux pratiquant le dépistage	39,1	49,0	63,6	51,0	55,6	-	2,2	50,0	0,6	45,5
Données manquantes	46,5	41,2	11,5	41,0	62,0	71,2	43,5		0,4	

**WAP. Pas de données en BE, CH, FR, LU.*

L'accès au traitement est essentiel pour que les personnes se fassent dépister : les équipes médicales hésitent à proposer un dépistage lorsqu'aucune possibilité de traitement n'existe.

Par exemple, l'accès au nouveau traitement du VHC est rendu impossible en raison de son coût extrêmement élevé. La plupart des pays ont considérablement limité l'accès aux nouveaux traitements de façon à préserver l'équilibre financier de leur système de santé. Seul l'accès universel aux traitements des maladies infectieuses permettra leur détection, évitera les contaminations futures et préservera la santé des personnes.

Ricardo, 39 ans, est Colombien et est arrivé en Espagne il y a dix ans. Il a été victime d'un réseau de traite à des fins d'exploitation sexuelle. Sa famille vit à Cali (Colombie). MdM Galice l'a rencontré alors qu'il vivait dans un appartement où il se prostituait. Son état de santé est très préoccupant.

« J'avais trop peur d'aller chez le médecin parce que je n'avais pas de carte de santé, mon passeport est périmé et je suis en situation irrégulière. Je sais que cela ne va pas bien se terminer si je ne vois pas de médecin. Donc, bon... la honte : être pute, homosexuel et si en plus j'ai le sida... Je ne te dis pas, ça fait vraiment peur. »

MdM l'a accompagné à l'hôpital où il est resté pendant deux mois. Les obstacles à l'accès au système de santé sont sans fin, même si durant son séjour on lui a diagnostiqué le sida (stade 3), une hépatite B active, une syphilis latente, une candidose bucco-œsophagienne associée à des ulcères œsophagiens causés par un cytomégalovirus.

Après de nombreuses démarches administratives, il a été admis dans le programme de surveillance épidémiologique de Galice. Il a intégré un appartement thérapeutique pour personnes vivant avec le VIH, où il se rétablit.

Il a ensuite été suivi par l'équipe de MdM de Bilbao pour son traitement antirétroviral. Les services de santé basques utilisant un traitement différent de celui auquel il était habitué, il a décidé de retourner en Galice.

MdM Espagne – Province de La Corogne / Bilbao – Décembre 2015

Un traitement de l'hépatite plus efficace… mais inabordable

On estime à 185 millions le nombre de personnes atteintes dans le monde de l'hépatite C, une infection du foie qui conduit souvent à des cirrhoses et des cancers létaux. Il n'existe à ce jour aucun vaccin contre l'hépatite C. Les traitements disponibles ont de nombreux effets secondaires et des taux de guérison faibles (50 % à 70 %). Une nouvelle génération de médicaments à base d'« antiviraux à action directe » apporte de nouveaux espoirs car ils sont bien tolérés par les patients et présentent des taux de guérison supérieurs à 90 % !

Cependant, le premier médicament de ce type, le sofosbuvir, est vendu à des prix exorbitants – par exemple, en France, le coût d'un traitement complet est de 41 000 euros. Cela signifie que les systèmes de sécurité sociale dans de nombreux pays ont commencé à sélectionner les patients les plus malades pour bénéficier du nouveau traitement. Cela va l'encontre des principes de santé publique, qui recommandent de traiter le plus de patients possible de façon à stopper la propagation de l'infection.

MdM encourage l'innovation médicale mais les prix abusifs, motivés par le profit, ne sont jamais acceptables lorsqu'ils concernent des médicaments essentiels. Une telle cupidité met en danger notre modèle de santé publique, fondé sur la solidarité et l'égalité. En conséquence, en février 2015, MdM a déposé une opposition au brevet sur le sofosbuvir devant l'Office européen des brevets. MdM demande des médicaments contre l'hépatite C accessibles à tous.

Pour souligner l'importance de la Journée mondiale contre les hépatites (28 juillet 2016), MdM et le Treatment Action Group ont publié le rapport « Dying at these prices : generic HCV cure denied », élaboré à partir des données sur l'hépatite C collectées dans 40 pays grâce à une plateforme de crowdsourcing et disponible sur mapCrowd.org[71]. Comme le déclare le Dr Françoise Sivignon, présidente de MdM France, *« La plateforme en ligne mapCrowd confirme que nous sommes sur un chemin accidenté en matière d'élimination de l'hépatite C pour les 80 millions de personnes chroniquement atteintes dans le monde – principalement en raison des prix élevés. Les génériques sont des superhéros sans danger et efficaces prêts à agir. Ils nécessitent plus d'efforts politiques pour les rendre disponibles sur les marchés nationaux. »*

71 Map Crowd. Rapport #2. Dying at these prices: generic HCV cure denied [En ligne]. 2016 juillet [cité le 2016 août 25]; [24 p.].
Voir sur www.mapcrowd.org/publications



Faisons en sorte que leurs rêves se réalisent – Athènes

FOCUS SUR LES FEMMES ENCEINTES

Nehla est une Tunisienne sans papiers de 34 ans qui vit en France. En 2009, elle et son mari Farid sont arrivés d'Italie après qu'il a perdu son emploi. Farid a démarré sa propre entreprise en France, ce qui lui a permis d'obtenir une couverture santé pour lui, sa femme et ses enfants. Parce que la famille n'a pas d'autorisation de séjour en France, l'administration bloque leurs aides sociales.

Nehla est diabétique et enceinte de son troisième enfant. Au début, elle a reçu à l'hôpital les soins prénataux prévus dans le cas des grossesses à risques. Nous l'avons rencontrée alors qu'elle était au septième mois de sa grossesse, parce que le bureau d'admission de l'hôpital lui demandait de payer les consultations et lui refusait tout accès au personnel soignant sans règlement préalable.

Nous avons déposé une demande d'aide médicale d'État (AME) en urgence pour Nehla. Nous avons également contacté l'hôpital pour leur rappeler que l'absence de soins mettait en danger la vie de Nehla et celle du bébé. Ils ont continué à vouloir lui refuser les soins si elle ne payait pas. Nous avons demandé à notre médecin de contacter le personnel médical de l'hôpital. Finalement, après deux semaines d'angoisse, des consultations ont été de nouveau planifiées pour Nehla.

Une semaine plus tard, l'AME a été accordée, avec effet rétroactif. Nehla peut désormais recevoir les soins dont elle a besoin.

MdM France – Nice – Mars 2015

Salomé a 33 ans et est portugaise. Elle vit en Espagne depuis deux mois et n'a donc pas besoin d'une autorisation de séjour. Elle est enceinte et ne possède pas de carte de santé.

Elle s'est présentée dans un centre de santé pour demander des soins. Ceux-ci lui ont été refusés bien qu'elle soit enceinte de 35 semaines, parce qu'elle n'a pas de couverture santé. On lui a dit de se rendre dans un service d'urgence et de signer un document où elle s'engage à payer à l'avance. Cependant, une fois là-bas, comme ils ne considéraient pas le fait d'être enceinte comme une urgence, on lui a dit de revenir seulement pour la dernière consultation prénatale, juste avant l'accouchement.

Elle est arrivée à MdM pour obtenir des informations sur ses droits en matière d'accès aux soins et sur ce qu'elle pouvait faire pour les factures à venir. Sans l'aide de l'association, la seule option qui lui était proposée était une carte de santé avec le coût à la charge du patient, alors qu'en théorie, de par la loi, toutes les femmes enceintes sont autorisées à recevoir des soins gratuitement.

MdM Espagne – Tenerife – Mai 2015

Un total de 274 femmes enceintes en Europe ont participé à cette enquête, principalement en Belgique (53), en Allemagne (79), au Royaume-Uni (55), et 40 en Turquie.

L'âge moyen des femmes enceintes ayant fréquenté nos centres est de 30 ans (écart type de 6,5 ans).

ZONES GÉOGRAPHIQUES D'ORIGINE DES FEMMES ENCEINTES

Presque toutes les femmes enceintes rencontrées dans les 11 pays européens sont des ressortissantes étrangères. Les citoyennes européennes représentent le groupe le plus important (33,8 %, dont 8,1 % de ressortissantes nationales).

SITUATION ADMINISTRATIVE

Sur l'ensemble des femmes enceintes impliquées dans l'enquête en Europe, 18,1 % sont concernées par une demande d'asile en cours et 52 % sont sans autorisation de séjour.

CONDITIONS DE VIE

La plupart des femmes enceintes (55,6 %) habitent chez des amis ou de la famille, mais 8,1 % sont sans abri. En Turquie et en Europe, près de la moitié des femmes enceintes (48,4 %) considèrent leur logement comme temporaire ou instable, ce qui signifie qu'elles ne sont pas sûres d'avoir un toit au-dessus de la tête au moment de l'accouchement. Cela augmente considérablement le stress prénatal.

Tableau 9 / Conditions de logement des femmes enceintes

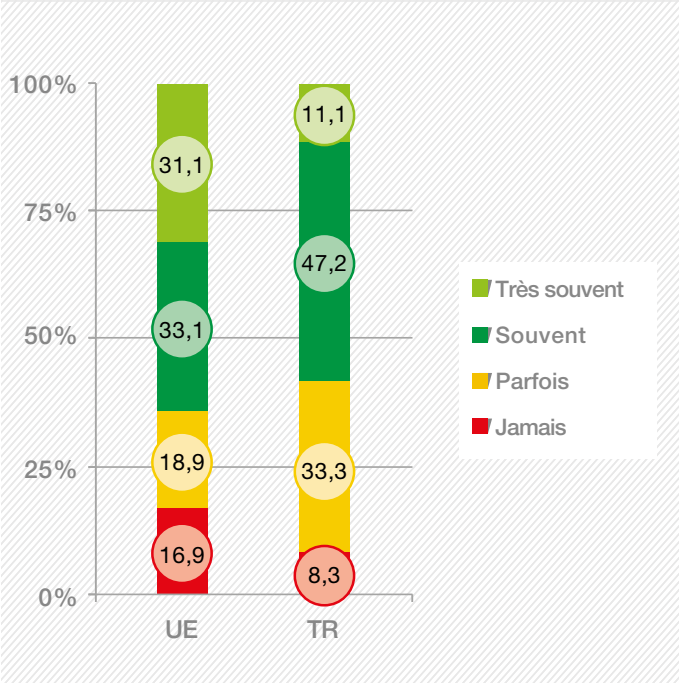
	% en UE (n = 280)	% à Istanbul (n = 35)
Amis/famille	55,6	41,7
Personnel	26,1	58,3
Sans abri	8,1	0,0
Organisation	8,5	0,0
Campement / bidonville	0,0	0,0
Lieu de travail	1,3	0,0
Squat	0,4	0,0
Données manquantes	*5,1*	0,0
Logement instable	48,4	54,3
Données manquantes	*18,9*	2,8

ISOLEMENT SOCIAL

Les niveaux d'isolement social déclarés par les femmes enceintes sont très élevés et surviennent au moment où le soutien moral est le plus nécessaire.

En Europe, 16,9 % des femmes enceintes ne peuvent jamais compter sur quelqu'un en cas de besoin, et 18,9 % peuvent seulement parfois compter sur quelqu'un, ce qui fait qu'au total 35,8 % des femmes enceintes sont isolées (c'est le cas pour 41,5 % à Istanbul). L'isolement social constitue un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins.

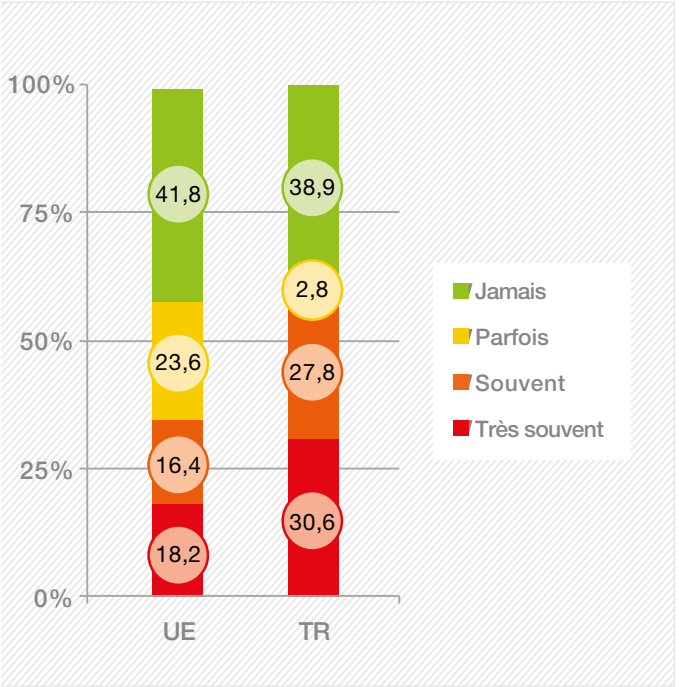
Graphique 13 / Isolement : avoir quelqu'un sur qui compter en cas de besoin



RESTRICTION DES DÉPLACEMENTS

Une part importante des femmes enceintes[72] limitent leurs déplacements de peur d'être arrêtées. En Europe, 58,2 % limitent leurs déplacements parfois, souvent ou très souvent. La situation est encore pire en Turquie (61,1 %). Les femmes enceintes qui limitent leurs déplacements recherchent en priorité de la nourriture et un abri avant de rechercher des soins prénataux.

Graphique 14 / La peur d'être arrêtée chez les femmes enceintes



72 Cette question a été posée aux femmes sans papiers et en situation administrative précaire.

DÉPISTAGE DU VIH ET DES HÉPATITES

En Europe, seules 42,3 % des femmes enceintes déclarent avoir été dépistées pour le VIH, 48,1 % pour le VHB et 42,9 % pour le VHC. À Istanbul, seules 2,9 % déclarent avoir déjà effectué un test VIH et aucune n'a effectué de test du VHB ou du VHC.

Seules 42,7 % des femmes enceintes savent où aller faire un test de dépistage en Europe et aucune ne sait où aller à Istanbul[73].

En raison de l'impact du VIH, du VHB et du VHC sur la santé et les soins des femmes enceintes et des nourrissons, 100 % des femmes enceintes devraient être informées sur les IST et bénéficier d'un accès immédiat au dépistage et aux soins.

ACCÈS AUX SOINS

Malgré son importance pour les mères et les nourrissons, l'accès aux soins et aux soins prénataux est extrêmement limité pour les femmes enceintes se présentant dans les centres de MdM et partenaires, **67,8 % d'entre elles n'a aucune couverture maladie[74],** ce qui signifie que la plupart doivent payer pour l'ensemble des soins.

Tableau 10 / Couverture santé des femmes enceintes

	% en UE (n = 280)	% à Istanbul (n = 35)
Aucune couverture / tous les coûts sont à la charge de la patiente	48,8	97,1
Accès aux soins d'urgence uniquement	19,0	0
Accès au cas par cas	4,4	0
Couverture partielle	18,8	0
Couverture dans un autre pays UE	4,5	0
Couverture totale	11,9	2,9
Couverture incluse dans le visa	0,1	0

FEMMES ENCEINTES ET NON-ACCÈS AUX SOINS PRÉNATAUX

Seules 56,4 % des femmes enceintes rencontrées en Europe ont eu accès à des soins prénataux avant d'arriver dans nos programmes. Cette proportion est beaucoup plus faible à Istanbul (37,1 %).

Au total, 38,9 % des femmes enceintes avaient eu accès à des soins prénataux après la 12e semaine de grossesse au moment de leur première visite dans nos programmes, dans les huit pays européens. Cette proportion est de 33,3 % à Istanbul.

Tableau 11 / Proportion de femmes enceintes n'ayant pas eu accès aux soins et accédant aux soins prénataux après la 12e semaine de grossesse au moment de leur première visite dans nos programmes

	% en Europe*	% à Istanbul
Pas d'accès	43,6	62,9
Accès après la 12e semaine	38,9	33,3
Données manquantes	*17,4-49,1*	*0,0-40,0*

* Pas de femmes enceintes au LU, pas de réponses sur les soins prénataux en CH et SE.

Ioana, 35 ans, Bulgare de la communauté des Roms Turcs, s'est trouvé une grosseur au sein alors qu'elle vivait encore en Bulgarie. Elle n'est pas allée chez le médecin, dans l'espoir que ce ne soit rien de grave. *« Je suis allée à l'école puis j'ai travaillé dans une usine. La compagnie a fermé à cause de la crise et j'ai perdu mon travail et ma couverture santé. »* Ensuite elle a eu plusieurs emplois avec des interruptions. *« Je m'inquiétais de la grosseur mais je n'avais pas le courage d'aller chez le médecin, j'avais si peur d'entendre un diagnostic grave ».* La grosseur est devenue une plaie ouverte qui saignait.

Ioana est venue en Allemagne en 2015 pour trouver un emploi stable, elle s'est installée dans la famille de son frère. Quand ils ont vu la plaie, ils l'ont emmenée au centre de soins de Hoffnungsorte et MdM à Hambourg : on lui a diagnostiqué un cancer du sein avec un haut risque de métastases. L'équipe a pris le temps pour qu'elle comprenne la nécessité de se faire soigner et a organisé l'opération et son remboursement. Ioana nous a dit : *« Après [l'opération], je veux trouver un emploi pour me payer à nouveau une couverture santé. »*

Hoffnungsorte – MdM Allemagne – Hambourg – Décembre 2015

73 Données manquantes : respectivement 36,5 % et 0 %.

74 Ce chiffre comprend les femmes sans couverture santé et celles n'ayant accès qu'aux services d'urgence.



Près du camp de tentes au Pirée – Grèce

Berinaldo est un petit Brésilien de 4 ans. Il vit en Espagne avec sa famille depuis deux ans. Ils sont sans papiers.

Préoccupés par la vaccination de Berinaldo, ses parents se sont rendus au centre de santé pour la deuxième fois (ils avaient déjà essayé l'année précédente) pour faire la demande d'une carte de santé pour leur fils, qui leur a de nouveau été refusée. Lorsqu'ils ont demandé quel était le calendrier des vaccinations, on leur a répondu que la question n'avait pas d'importance, vu que l'enfant n'avait pas droit à une carte de santé. Quelqu'un leur a alors parlé de MdM : ils sont venus nous voir, pour obtenir notre aide concernant la procédure de vaccination. Selon la loi, tous les enfants ont accès gratuitement aux soins en Espagne.

MdM Espagne – Malaga – Mai 2015

Paola a 13 ans et vient d'Argentine. Elle vit en Espagne depuis trois ans avec sa famille, en situation irrégulière. Détentrice d'une carte de santé, elle avait l'habitude d'aller dans son centre de santé. Récemment, ils lui ont dit que sa carte de santé n'était plus valable à cause du décret royal 16/2012. Ils l'ont réorientée vers l'Institut national de sécurité sociale (INSS). Là on lui a dit que, parce qu'elle n'avait pas de titre de séjour, on ne pouvait pas lui délivrer de carte de santé. Puis on l'a renvoyée vers son centre de santé, qui l'a renvoyée à nouveau vers l'INSS.

Le texte du décret royal de 2012 est ambigu à propos de ce qui relève de la responsabilité de l'INSS et de celle des centres de santé concernant la reconnaissance du statut d'assuré social des mineurs. Nous avons rencontré de nombreux cas où un enfant se retrouve sans couverture santé pour cette raison. Les familles finissent par abandonner et se rendent à MdM lorsque les enfants ont besoin de soins urgents.

MdM Espagne – Malaga – Mai 2015

FOCUS SUR LES ENFANTS

Les enfants ont toujours représenté une minorité des patients rencontrés dans les programmes de MdM et partenaires, à l'exception de la Grèce, où ils comptent pour 44,0 % de la population. Néanmoins, avec 1 772 enfants dans les données analysées au total (1 711 en Europe), il est possible de donner des précisions concernant leur situation vaccinale. Près de la moitié des enfants (805) ont moins de 5 ans (771 en Europe).

En Grèce, nous avons reçu 1 102 enfants (545 de moins de 5 ans). En France, 312 enfants ont été reçus dans les centres de MdM (98 de moins de 5 ans) et 175 en Belgique (68 de moins de 5 ans).

En 2015, dans les pays européens, 37,8 % sont des ressortissants européens (dont 9,3 % de ressortissants nationaux) et 21,6 % viennent du Proche- et du Moyen-Orient.

- En Belgique, le groupe le plus important d'enfants vient d'Afrique subsaharienne ;
- En Grèce, 41,3 % des enfants sont des ressortissants nationaux ;
- En France, 48,5 % des enfants sont des ressortissants européens (de l'UE ou hors UE).

LES ENFANTS ET LA VACCINATION

La vaccination est particulièrement importante pour les enfants confrontés à de multiples facteurs de vulnérabilité, car ils sont plus souvent exposés aux facteurs de risque de maladies infectieuses, dont les conditions de vie néfastes pour la santé et la malnutrition. Paradoxalement, ces enfants ont moins d'occasions d'être vaccinés, en grande partie en raison des obstacles législatifs et financiers à l'accès aux soins.

En septembre 2014, les États membres de la Région européenne de l'OMS ont unanimement adopté le Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020[75], s'engageant à garantir des financements nationaux et un engagement politique en matière de vaccination sur le long terme, avec une attention particulière pour garantir que les bienfaits de la vaccination sont procurés de manière équitable à tous (objectif 3).

Malgré la protection médicale que la vaccination apporte à la personne et à sa communauté, une proportion inacceptablement élevée d'enfants rencontrés dans les programmes de MdM et partenaires ne sont pas vaccinés[76] (cela correspond aux enfants n'ayant pas pu montrer de carnet de vaccination pour plusieurs vaccins de base)[77].

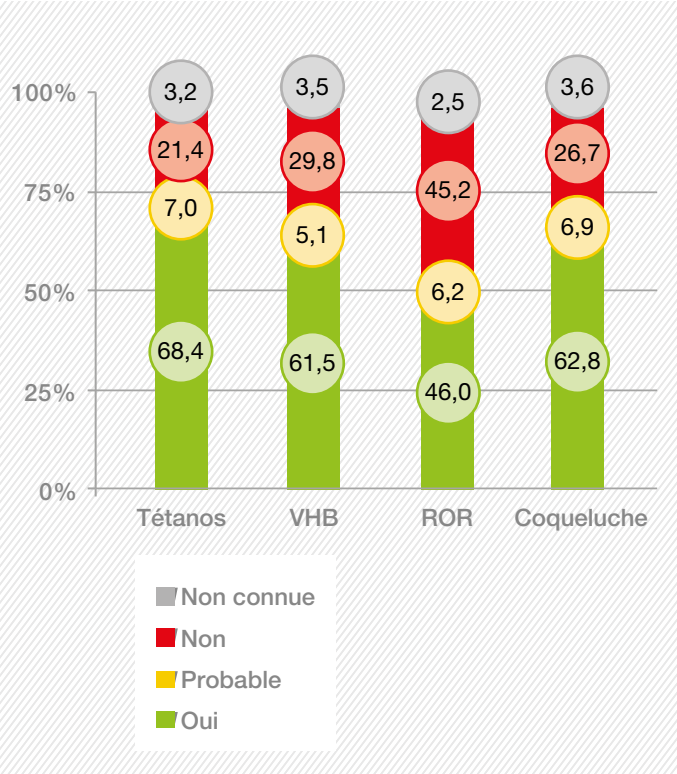
Parmi les enfants de moins de 5 ans vus en Europe et en Turquie, une proportion élevée d'entre eux n'était pas vaccinée et/ou n'était pas en mesure de présenter un carnet de vaccination : 31,6 % n'étaient pas vaccinés contre le tétanos, 53,9 % contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), 38,4 % contre le VHB et 37,2 % contre la coqueluche[78].

Parmi tous les enfants de moins de 18 ans, la couverture vaccinale était un peu meilleure mais toujours préoccupante, puisque les proportions d'enfants nécessitant une vaccination étaient de 29,8 % pour le tétanos, 40,0 % pour le ROR, 35,8 % pour le VHB et 34,4 % pour la coqueluche.

Fournir les vaccins recommandés à tous les enfants, en particulier à ceux qui vivent dans les environnements les plus précaires, devrait être une priorité. La situation administrative de leurs parents ne doit absolument pas interférer avec la protection des enfants contre les maladies évitables.

Au total, 33,0 % des parents ne savent pas où aller pour faire vacciner leurs enfants dans sept pays européens[79]. Cette proportion atteint 60,0 % à Istanbul.

Graphique 15 / Situation vaccinale des enfants < 5 ans (CAP)



ENFANTS ISOLÉS ÉTRANGERS

Le nombre croissant d'enfants migrants isolés[80] en Europe constitue un problème humanitaire urgent. Les enfants non accompagnés ont besoin d'aide : les États ont la responsabilité d'assurer leur protection dans des structures adaptées (pas dans des prisons ou des centres de rétention).

Dans les 11 pays européens, les programmes de MdM et partenaires ont rencontré 60 enfants migrants isolés en 2015, représentant 3,4 % de l'ensemble des enfants rencontrés. Étant donné le niveau élevé de données manquantes concernant les enfants isolés, les résultats ne sont pas présentés ici. Des efforts sont faits pour qu'à l'avenir la procédure de recueil de données de l'Observatoire permette de collecter des données nombreuses et solides relatives aux enfants non accompagnés.

Des programmes spécifiques destinés aux enfants isolés sont mis en place en France (à Caen, Nantes, Paris et Rouen) et en Grèce (à Moria, sur l'île de Lesbos et à Peania près d'Athènes).

75 Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020. OMS. Comité regional de l'Europe. 2014. Danemark, Copenhague.

76 Les proportions données sont des CAP en raison des taux de données manquantes.

77 Le taux d'enfants rencontrés dans les centres de MdM pour qui la situation vaccinale n'était pas documentée est bien trop élevée. La situation vaccinale de tous les enfants devrait être systématiquement vérifiée, même s'ils sont par la suite orientés vers des centres spécifiques de vaccination.

78 Données manquantes : BE 94,1 %, CH 84,5 %, DE 58,5 %, EL 4,2 %, FR 33,3 %, SE 39,2 %, UK 28,2 %, TR 39,4 %.

79 Données manquantes : 57,0 %.
Les sept pays sont : BE, CH, DE, EL, FR, NL, NO.

80 « Un enfant non accompagné est une personne âgée de moins de 18 ans (sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable), qui est séparé de ses deux parents et n'est pas pris en charge par un adulte ayant, de par la loi ou la coutume, la responsabilité de le faire. » http://www.unhcr.org/3d4f91cf4.pdf

« Bien qu'il y ait eu dernièrement une légère augmentation du nombre de places d'hébergement à Lesbos, environ 140 enfants non accompagnés sont toujours en détention à Moria, depuis plus de quatre mois pour certains d'entre eux. En même temps, de plus en plus de nouveaux arrivants appartenant à ce groupe vulnérable à de multiples niveaux s'y ajoutent progressivement. Malgré les efforts continus pour intégrer des activités plus récréatives dans le programme destiné aux enfants isolés, le séjour prolongé dans des conditions de confinement ont causé une détérioration significative de leur état de santé mentale et psychologique. Un indicateur est l'accroissement des cas où les enfants souffrent de crises de panique. MdM Grèce rappelle que les restrictions de la liberté individuelle des enfants devraient être réduites à une durée minimale et uniquement le temps de leur enregistrement afin qu'ils soient orientés vers des structures appropriées. Les enfants migrants et réfugiés qui arrivent en Europe après des voyages difficiles et dangereux devraient avant tout être traités comme des enfants – ayant des droits – et non comme des personnes violant les lois sur l'immigration. »

MdM Grèce – 6 septembre 2016

Les enfants isolés en France : les difficultés de l'accès aux dispositifs de protection de l'enfance

Si la majorité des mineurs vus dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) vivent en France avec leur(s) parent(s), près de 16 % (359 jeunes) sont seuls sur le territoire et considérés comme des enfants non accompagnés au jour de leur première visite au Caso.

Dans les Caso, les enfants isolés rencontrés sont principalement des garçons de 15-17 ans. 78 % sont originaires d'Afrique subsaharienne et 7 % du Proche et du Moyen Orient. 61% d'entre eux sont présents en France depuis moins de 3 mois. Enfin, plus de la moitié d'entre eux (52 %) sont sans domicile fixe et 11 % vivent dans un squat ou un campement. Ils ne sont que 6 % à disposer de droits ouverts à une couverture maladie alors même que tout enfant devrait pouvoir disposer d'une affiliation directe et sans délai à une couverture maladie.

La plupart d'entre eux se trouve en situation d'errance et de grande précarité, sans pouvoir bénéficier des mesures de protection dont ils doivent bénéficier.

Afin de déterminer leur éligibilité aux dispositifs d'aide sociale à l'enfance, les départements évaluent la situation des jeunes qui se présentent afin de déterminer leur minorité et leur situation d'isolement.

Il est rare que l'enfant puisse présenter des documents d'identité attestant de son âge, ces documents étant particulièrement difficiles à obtenir dans leur pays d'origine[81].

Néanmoins, même lorsqu'ils peuvent présenter de tels documents, ceux-ci sont le plus souvent remis en cause, soit comme étant falsifiés soit comme ne leur appartenant pas, alors même que la loi française prévoit que tout acte d'état civil étranger fait foi jusqu'à preuve du contraire.

L'enfant isolé peut également être soumis à une évaluation médicale afin de déterminer sa minorité à travers un examen dentaire, un examen des caractéristiques pubertaires ou encore une radiographie osseuse. Ces examens sont inadaptés, dégradants et n'offrent aucune garantie de fiabilité. Pourtant, ils sont largement utilisés et sur cette base, de très nombreux jeunes se voient refuser l'accès à la protection de l'enfance voire sont sujets à des condamnations pénales, accusés d'avoir menti sur leur âge.

Alors que ces enfants sont déjà profondément bouleversés par leur voyage migratoire et la situation de grande vulnérabilité dans laquelle ils se trouvent, ces évaluations constituent un acte de violence institutionnelle à leur encontre.

MdM France, Rapport de l'Observatoire 2015

Farhan est un adolescent pakistanais de 17 ans. ***« Une semaine après mon arrivée, j'ai eu une évaluation au Centre départemental de l'enfance et des familles (CDEF). Cela a pris 30 minutes. Il y avait un traducteur. J'étais confus ces jours-là. J'avais des difficultés avec les dates. [...] La dame a pris mon acte de naissance et m'a donné une photocopie. Après un mois et demi environ, le CDEF m'a donné un rendez-vous pour aller à l'hôpital. On m'a dit que c'était pour un test médical mais pas plus. [...] Quelqu'un est venu me chercher à l'hôtel, il y avait 2 autres garçons dans la voiture. [...] A l'hôpital, une femme est venue me faire des radios de la main et des dents. Après ils ont regardé ma tête. Après, je suis allé voir le docteur. Il m'a demandé si j'avais des problèmes particuliers, j'ai répondu que non. Il m'a demandé « est ce que tu peux ouvrir ? » et j'ai dézippé ma fermeture de pantalon, et il a regardé mon pénis. J'ai dû enlever mon tee-shirt, il a vérifié ma taille et mon poids. J'étais encore une fois très confus, et quand il a regardé mon corps, je me suis senti très embarrassé. [...] Il m'a dit que je pouvais partir, il a remis un rapport au monsieur qui m'accompagnait, mais il ne me l'a jamais montré. Après je suis rentré tout seul à la maison. […] Un mois après on m'a annoncé que je n'étais pas mineur, que j'étais un homme et que je devais quitter l'hôtel. […] Aujourd'hui, je vis dans un squat. »***

MdM France – Nantes – 2015

En septembre 2015, le réseau international de MdM a écrit un document sur l'évaluation de l'âge des enfants isolés, qui analyse la précision des techniques utilisées et les cadres légaux de leur utilisation. Tout comme les institutions internationales, MdM affirme que les pratiques en cours vont à l'encontre de l'intérêt supérieur des enfants.

« Les procédures médicales pour déterminer l'âge sont de façon unanime considérées comme non fiables et disproportionnellement intrusives par les Nations unies, les instances du Conseil de l'Europe, les professionnels de santé, et même les institutions de l'UE telles que la FRA (Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne) et l'EASO (Bureau européen d'appui en matière d'asile). Le recours à une approche globale est recommandé, mais malgré cela, les tests osseux sont toujours largement utilisés par les États membres de l'UE. »

« En tant que professionnels de santé, MdM refuse l'utilisation d'examens médicaux qui n'ont pas de bénéfices thérapeutiques et sont utilisés uniquement à des fins de contrôle migratoire. L'unique résultat prévisible de ces méthodes non fiables est l'exclusion injustifiée de mineurs sur une base régulière. » [82]

81 230 millions d'enfants dans le monde ne seraient pas enregistrés à la naissance [UNICEF 2013].

82 Feltz V. Age assessment for unaccompanied minors. When European countries deny children their childhood. www.mdmeuroblog.wordpress.com

FOCUS SUR LA VIOLENCE

DONNÉES MONDIALES ET CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

« Plus de 1,3 million de personnes dans le monde meurent chaque année des conséquences de la violence sous toutes ses formes (auto-infligée, interpersonnelle et collective), représentant 2,5 % de la mortalité mondiale. Pour les personnes âgées de 15 à 44 ans, la violence est la quatrième cause de décès dans le monde[83]*. »*

Les personnes ayant subi des violences peuvent souffrir de multiples conséquences sur leur santé physique et mentale au cours des années qui suivent. Ces conséquences peuvent être aggravées par des conditions de vie difficiles, une situation administrative précaire et un isolement social :

- Blessures (du tympan, de l'oreille interne, génitales, périnéales, dysurie) ;
- Neuropathie périphérique, épilepsie, problèmes de mémoire, déficit de l'attention ;
- Détresse, honte, culpabilité, retrait (attitude renfermée) ;
- Négligence de soi ;
- Dépression, anxiété, idées suicidaires, phobies, syndrome de stress post-traumatique (PTSD) ;
- Addictions, troubles alimentaires et du sommeil ;
- VIH, autres IST, troubles sexuels, grossesses non désirées, avortements à risque, douleurs pelviennes chroniques ;
- Cancers, problèmes cardiovasculaires, diabète, arthrite et asthme, autres maladies chroniques ;
- Symptômes psychosomatiques : fatigue, maux de tête, douleurs abdominales et digestives, mal de dos, etc.

Il convient d'observer que les réfugiés, demandeurs d'asile et Sans-Papiers sont particulièrement vulnérables aux conséquences de la violence en raison de leur situation administrative et sociale précaire. Ils ont plus de chances d'être confrontés à l'isolement social et aux obstacles à l'accès à des soins réguliers et adaptés[84].

EXPÉRIENCES DE LA VIOLENCE DANS LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Corneliu est un Roumain de 40 ans. Il vit en Suède depuis environ un an et demi et est retourné une seule fois chez lui pour voir sa famille au cours de cette période. Il est en Suède pour tenter de soutenir sa famille en mendiant et collectant des canettes recyclées qui s'échangent contre de l'argent dans les épiceries suédoises.

Quand il est venu dans notre centre, Corneliu n'avait plus de dents, après avoir été frappé au visage par un inconnu. *« Cet homme, suédois, est venu et sans raison m'a frappé tellement fort que mes dents sont tombées. »* Le patient est très déprimé *« Je n'ai plus d'espoir, je ne sais pas quoi faire. »* MdM Suède assure le suivi de ce cas. Parce qu'il s'agit d'un crime de haine, Corneliu peut obtenir une compensation économique et devrait pouvoir se faire soigner les dents gratuitement – ou à un coût très faible.

MdM Suède – Stockholm – Novembre 2015

Daba, une femme soudanaise de 35 ans, a déposé à trois reprises une demande d'asile en Suède mais a été déboutée à chaque fois. Elle vit dans le pays avec son mari et ses deux fils. Elle souffre d'une infibulation (une mutilation génitale féminine – MGF - combinant excision et suture). Après avoir donné naissance à son premier enfant, sa tante et une sage-femme de la région sont venues pour la recoudre. Daba a depuis eu un deuxième enfant et a peur d'être recousue une nouvelle fois si elle rentre au Soudan. Elle confie avoir souffert de graves complications après la mutilation.

Daba nous a contactés pour obtenir notre soutien pour une nouvelle demande d'asile. Lors de ses précédents entretiens, elle avait trop peur de parler de ses craintes à la personne qui l'interviewait. Son mari étant présent dans la pièce, il lui était impossible de parler de MGF, car ce problème est tabou. *« Je suis tellement heureuse d'avoir deux fils, si j'avais eu une fille, elle aurait aussi été victime de mutilation et aurait souffert comme moi.»* MdM étudie actuellement les possibilités pour Daba de déposer une nouvelle demande d'asile. Un rendez-vous a été pris avec l'un de nos gynécologues spécialisés dans les MGF.

MdM Suède – Stockholm – Décembre 2015

Lisy, 28 ans, est arrivé en Suisse de République démocratique du Congo (RDC) en septembre. Dans son pays, elle a été kidnappée par des soldats et retenue prisonnière de fin mai à fin août. *« Ils m'ont enfermée dans une petite pièce sans fenêtre et m'ont violée sans interruption, parfois plusieurs soldats en même temps, j'avais les mains liées. »* Elle raconte que le jour de son enlèvement, sa mère a été violée et tuée devant ses yeux et son père a été exécuté.

Submergée par une tristesse extrême, Lisy ne cesse de pleurer pendant la consultation. Elle montre les signes cliniques d'un trauma, mais exprime des difficultés à suivre un traitement spécialisé régulier : *« Je fais des cauchemars et j'ai le sentiment que je revis tout cela… J'évite d'en parler parce qu'ils posent beaucoup de questions pour décider si je peux avoir l'asile mais j'ai des blancs… Est-ce que vous me croyez ? »*

MdM Suisse – Neuchâtel – Décembre 2015

83 WHO. Global Status Report on Violence Prevention 2014. Genève; 2014 [cité le 3 septembre 2016]. p.2.

84 Keygnaert I, Temmerman M, Vettenburg N. Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgique and the Pays-Bas. Culture, Health & Sexuality. 2012.



Carnets de voyage d'enfants – Lesbos

MdM et les partenaires demandent aux patients de leur parler des violences subies dans le cadre des questions sur leurs antécédents médicaux. Les événements violents peuvent s'être déroulés dans le pays d'origine, au cours du parcours migratoire et/ou dans le pays d'accueil. Identifier les violences subies dans l'histoire du patient aide les équipes médicales à mieux comprendre et à mieux répondre à ses besoins. Poser des questions sur les violences subies leur permet de réduire les erreurs de diagnostic lorsqu'elles se trouvent confrontées à des troubles physiques inexpliqués[85] et peut les aider à détecter des infections sexuellement transmissibles consécutives à des violences sexuelles ainsi que des mutilations génitales et des violences domestiques[86].

Remarques concernant la méthodologie

En 2015, les questions relatives aux violences n'ont pas été souvent posées et cela limite considérablement l'interprétation des données. En outre, lorsque la question de la violence a été discutée, tous les thèmes n'ont pas été abordés. Les résultats présentés dans ce rapport ne sont donc pas représentatifs de la prévalence de la violence parmi les patients rencontrés ou parmi les migrants. Lorsqu'on demande aux soignants pourquoi ils n'abordent pas la question de la violence avec les patients, la plupart répondent qu'ils préfèrent attendre la deuxième consultation, pour qu'une relation de confiance puisse se développer.

De nombreux médecins généralistes pensent qu'il faut poser systématiquement aux patients les questions relatives aux violences subies, pour les raisons citées plus haut. En 2016, le questionnaire médical comporte une question supplémentaire sur la violence dans la partie sur les antécédents médicaux.

En 2015, parmi les patients ayant parlé de la violence, 1 379 patients déclarent avoir subi des violences à un moment de leur vie. Ils représentent 12,8 % de l'ensemble des patients rencontrés. En Europe, 1 277 patients ont parlé des violences qu'ils ont subies (13,3 %) avec les professionnels de santé. Même si cela représente une augmentation positive par rapport à 2014, les violences demeurent insuffisamment détectées, malgré les arguments médicaux pour une détection systématique dans les centres de MdM et partenaires. La proportion de patients ayant subi des violences est probablement sous-évaluée et les chiffres doivent être interprétés avec précaution[87]. En Turquie, 102 patients (12,2 %) ont répondu.

Lorsque le personnel médical discute des violences avec les patients, plusieurs types de violences sont cités. Les agressions sexuelles et le viol sont discutés aussi souvent avec les hommes qu'avec les femmes dans plus de 95 % des cas, ce qui constitue une bonne pratique.

De nombreux patients ont vécu dans un pays en guerre : 43,2 % de ceux rencontrés en Europe et 62,7 % en Turquie. Le taux des violences psychologiques est très élevé, ce type de violence ayant été subi par 26,0 % des patients interrogés en Europe et 74,5 % des patients interrogés en Turquie.

Dans les pays européens, 18,7 % des patients ont subi des violences perpétrées par la police ou l'armée (dans leur pays d'origine, pendant le parcours migratoire ou dans le pays d'accueil) et cela concerne 30,4 % des patients rencontrés en Turquie.

85 Weinstein HM, Dnasky L, Lacopino V. Torture and war trauma survivors in primary care practice. West J Med 1996; 165 (3): 112-118.

86 Loutan L, Berens de Haan D, Subilia L. La santé des demandeurs d'asile: du dépistage des maladies transmissibles à celui des séquelles post-traumatiques. Bull Soc Pathol Exotique 1997; 90: 233-7. Vannotti M, Bodenmann P. Migration et violence. Med Hyg 2003; 61: 2034-8.

87 En ce qui concerne la violence contre les femmes, par exemple, les estimations mondiales indiquent que *«35% des femmes, soit près d'1 femme sur 3, indiquent avoir été exposées à des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre à un moment de leur vie. »* OMS. Genève 2016. La violence à l'encontre des femmes. Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes

Les violences domestiques sont citées par 13,7 % des patients interrogés en Europe.

De nombreux patients déclarent **souffrir de la faim :** 26,7 % en Europe. Les situations de faim s'observent plus fréquemment chez les femmes en situation de vulnérabilité que chez les hommes, en raison de leurs conditions de vie particulièrement précaires lorsqu'elles sont célibataires, mais aussi parce que dans des contextes d'insécurité alimentaire, les mères peuvent se priver pour donner la priorité à leurs enfants ou parce que, dans certains pays, les repas sont pris séparément, les hommes mangent ensemble, les enfants mangent en cercle, et les femmes mangent les restes.

Table 12 / Répartition des violences subies par pays (%)

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	LU	NL	NO	SE	UK	CAP	TR	CAPT
Guerre (N = 695)	31,0	72,5	19,4	75,0	34,5	47,8	0,0	50,0	73,3	0,0	9,5	43,2	62,7	44,6
Menaces/prison/ torture pour ses idées (N = 372)	26,8	13,2	0,0	20,7	17,2	34,8	0,0	25,0	60,0	0,0	12,9	17,8	23,5	18,2
Violence de la police/armée (N = 401)	40,8	21,7	1,6	22,6	18,4	30,4	50,0	28,6	40,0	0,0	8,6	18,7	30,4	19,6
Violence domestique (N = 301)	12,7	2,9	10,9	13,4	24,1	0,0	0,0	28,6	20,0	25,0	14,3	13,7	4,9	13,0
Battu(e)/blessé(e) (N = 121)	8,5	14,5	5,4	11,0	14,9	65,2	0,0	17,9	46,7	12,5	0,0	9,8	19,6	10,5
Agression sexuelle (N = 287)	15,5	5,8	4,3	4,3	12,6	26,1	50,0	32,1	13,3	0,0	8,8	8,7	23,5	9,8
Viol (N = 245)	12,7	7,2	2,9	2,7	10,3	0,0	50,0	21,4	6,7	0,0	6,3	5,9	5,9	5,9
Violence psychologique (N = 505)	39,4	20,3	11,8	31,7	43,7	0,0	50,0	50,0	33,3	0,0	16,7	26,0	74,5	29,6
Confiscation de pièces d'identité ou argent (N = 312)	15,5	4,3	11,1	8,3	20,7	0,0	0,0	39,3	13,3	50,0	4,3	9,2	30,4	10,7
Faim (N = 479)	25,4	1,4	6,0	43,8	50,6	21,7	0,0	57,1	46,7	37,5	7,9	26,7	19,6	26,1
Mutilation génitale (N = 212)	0,0	0,0	0,0	2,4	4,6	17,4	0,0	0,0	6,7	0,0	0,2	1,8	2,9	1,9
Autre violence (N = 306)	23,9	13,0	23,2	3,0	9,2	8,7	0,0	32,1	13,3	0,0	5,2	8,4	36,3	10,5



Là où 15 000 migrants ont dû vivre – Idoméni – Grèce

PROGRAMME *8 ONG DANS 11 PAYS POUR AIDER LES MIGRANTS EN TRANSIT*

Le programme *« 8 ONG pour la santé des migrants/réfugiés dans 11 pays »* est mené par six membres du réseau international de MdM et deux partenaires du réseau européen pour la réduction des vulnérabilités en santé. Son objectif principal est de s'assurer que les migrants en transit ont accès à des services de prévention et aux soins tout au long de la route migratoire, depuis les pays d'arrivée en Europe que sont la Grèce, l'Italie et l'Espagne, en passant par la Croatie, la Bulgarie et la Slovénie, jusqu'en Allemagne, en Norvège, en Suède, en France et en Belgique (ces cinq pays ne sont pas toujours la destination finale).

Les besoins des migrants en transit sont différents de ceux des migrants présents depuis des années dans un pays d'accueil, car ils ne parlent pas la langue du pays, n'ont personne sur qui compter et ne connaissent pas le système.

Le réseau entend documenter les vulnérabilités spécifiques des personnes rencontrées le long de la route migratoire de façon à mettre en lumière les besoins, les déterminants sociaux de la santé et l'état de santé, avec l'espoir que cela permette d'accroître le niveau de services destinés aux migrants/réfugiés dans chaque pays.

La situation des migrants en transit est particulièrement précaire, en raison des situations vécues dans leur propre pays, du traumatisme du voyage vers l'Europe et des conditions d'accueil inadaptées dans les pays d'accueil ou de transit. Les sujets de préoccupation comprennent le degré d'isolement élevé, la forte proportion de femmes et de filles voyageant seules, un nombre important d'enfants non accompagnés, les routes migratoires dangereuses, le non-accès aux soins, etc.[88]

Un rapport de Médecins sans frontières publié en juillet 2016 démontre qu'un grand nombre de migrants et de demandeurs d'asile souffrent de troubles psychologiques à la suite des expériences vécues dans leur pays, du traumatisme du voyage vers l'Europe et des conditions d'accueil en Italie. Sur les 387 personnes interrogées, 60 % présentent des problèmes de santé mentale et 87 % déclarent que le système d'accueil aggrave leurs souffrances[89].

Le recueil des données a commencé en janvier 2016 à Chios et Athènes (à Elliniko) en Grèce, et les autres sites ont commencé à recueillir des données au cours du printemps et de l'été 2016. Selon les sites, les migrants ont été interrogés dans des cliniques mobiles, des camps, des centres d'accueil ou d'hébergement ou des centres de santé fixes. Environ 18 000 patients ont été interrogés dans le cadre de cette enquête en Italie, en Allemagne, en Norvège et en Grèce. La plupart ont été rencontrés en Grèce dans les deux îles où les personnes sont accueillies lorsqu'elles arrivent de Turquie (Lesbos et Chios) et dans la région de l'Attique.
Les données présentées ci-dessous ont été recueillies entre janvier et fin juin 2016.

Note
Un rapport sur le projet *« 8 ONG pour la santé des migrants et réfugiés dans 11 pays »* sera publié en 2017. Les éléments présentés ici se fondent uniquement sur les données recueillies entre janvier et juin 2016. Elles ne fournissent qu'un aperçu des problèmes auxquels sont confrontées les équipes du réseau.

88 Positionnement du réseau international MdM sur la question des migrants en transit. 20 janvier 2016. www.mdmeuroblog.wordpress.com

89 http://www.msf.org/en/article/italy-mental-health-disorders-asylum-seekers-and-migrants-overlooked-inadequate-reception

CONTEXTE GÉNÉRAL

Entre janvier et fin août 2016, environ 290 000 personnes sont arrivées en Europe par la mer, accostant en Grèce, en Espagne et en Italie. Parmi elles, 29 % sont des enfants, 18 % des femmes et 53 % des hommes. Les pays d'origine diffèrent selon la route migratoire empruntée : la route de la Méditerranée centrale (de la Libye à l'Italie) ou la route orientale (de Turquie en Grèce). Les migrants arrivant en Grèce viennent principalement de Syrie, d'Afghanistan, du Pakistan et d'Irak. En Italie, les principaux pays d'origine sont le Nigeria, l'Érythrée, la Gambie, la Côte d'Ivoire, le Soudan, la Guinée, la Somalie, le Mali et le Sénégal (HCR).

De nombreux migrants et demandeurs d'asile ont été victimes de torture, de violences et d'autres formes de traitements dégradants et de traumatismes, avec des conséquences physiques et psychologiques. De telles expériences traumatiques peuvent conduire à des problèmes psychiatriques sévères, dont le syndrome de stress post-traumatique, l'anxiété grave, la dépression, les problèmes de concentration, de la pensée et de la mémoire, les troubles somatoformes et le risque de suicide[90].

Environ 29 % des migrants arrivant par la mer sont des femmes, et elles représentent 47 % des patients rencontrés par les équipes médicales. Les femmes sont particulièrement exposées au risque de violences, d'abus et d'exploitation, notamment de la part des passeurs à qui elles ont recours pour aller en Europe.

GRÈCE

Entre janvier et juin, plus de 17 000 patients se sont présentés dans les centres fixes et mobiles impliqués dans cette étude menée par MdM en Grèce.

Environ 55 % de ces patients sont des hommes et 45 % sont des femmes. Les enfants de moins de 18 ans représentent 25 % des patients. Peu d'enfants isolés ont été vus. À Chios et Lesbos, 202 femmes enceintes ont été reçues dans les programmes.

Les nationalités varient grandement d'un site à l'autre mais sont relativement homogènes sur chaque site.

À Elliniko (banlieue d'Athènes), 98 % des patients rencontrés sont afghans et 2 % sont irakiens. Au mois de juin (période du ramadan), des consultations médicales ont été fournies principalement à des personnes épuisées et déshydratées, devant être perfusées en urgence. De plus, nous avons traité des blessures auto-infligées dans le cadre de tentatives de suicide, principalement par des hommes âgés de 17 à 28 ans. L'absence de perspectives quant à leur destination depuis la fermeture de toutes les frontières et l'appauvrissement consécutif aux mois passés dans l'impossibilité de travailler conduisent au désespoir.

À Lesbos, les patients rencontrés par nos équipes sont principalement syriens (85 %) et afghans (11 %). Depuis mars 2016, nous avons observé une diversification dans les nationalités des personnes arrivant en Grèce. Cependant, la proportion de migrants en provenance d'Afrique subsaharienne n'a pas augmenté dans les sites impliqués dans l'enquête (Kara Tepe et autres sites d'intervention de l'unité mobile en fonction des besoins). Nous supposons que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont directement été transférées au camp de Moria, qui est devenu un hotspot fermé à Lesbos. Les premiers rendez-vous de demande d'asile étant fixés au mois de décembre 2016, aucun migrant/réfugié ne peut quitter l'île. Le camp de Kara Tepe a donc ainsi commencé à s'adapter pour répondre aux besoins des populations qui y sont installées. Les tentes ont été remplacées par des abris en bois, des espaces à l'ombre ont été aménagés, ainsi que des fontaines d'eau fraîche (en juin, sachant que le chauffage sera bientôt nécessaire…). En outre, certains travaux ont commencé pour la fourniture d'électricité.

À Chios, 62 % des patients sont syriens, 21 % afghans, 6 % irakiens et 2 % viennent du Maghreb. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont liés au stress, et sont les troubles anxieux, les crises de panique et les problèmes psychiatriques. Au printemps 2016, le nombre d'orientations d'adultes et d'enfant faites à la fois par l'équipe médicale et les services sociaux vers l'hôpital de Chios pour une évaluation psychiatrique a augmenté. Les patients orientés sont régulièrement suivis par les psychologues et psychiatres de l'hôpital, avec qui notre équipe collabore étroitement.

ITALIE

Environ 122 300 migrants/réfugiés sont arrivés en Italie par la mer en 2016 (au 4 septembre, HCR).

Environ 14 % des nouvelles arrivées sont des femmes et 16 % sont des enfants, et ces pourcentages ont augmenté régulièrement au cours de 2016. Près de 14 000 femmes (venant la plupart du Nigeria, d'Érythrée et de Somalie) et plus de 13 300 enfants isolés, plus de deux fois plus qu'en 2015, d'Égypte, d'Érythrée, de Somalie, de Gambie et de Guinée, ont accosté en Italie depuis le début 2016[91]. MdM est présent à Reggio de Calabre depuis le début 2016, pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires, de santé mentale et au soutien psychologique au moment du débarquement dans le port de Reggio de Calabre, dans les centres d'urgence pour enfants isolés et dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile. Au cours des mois de mai et juin, 203 consultations ont été réalisées par nos équipes en Calabre.

70 % des patients ont moins de 18 ans : 30 % ont moins de 16 ans et le plus jeune a 11 ans. La plupart des enfants viennent de pays d'Afrique (19 nationalités différentes au total).

Un des principaux problèmes de santé rencontrés est la gale. Même lorsque les migrants sont en bonne santé au moment où ils quittent leurs pays, les conditions de voyage dangereuses et les conditions de vie très précaires, en particulier en Libye et pendant la traversée en mer, ont un impact majeur sur leur santé.

À Vintimille, les équipes bénévoles ont réalisé 654 consultations en 2015, essentiellement auprès d'hommes d'Afrique subsaharienne (99 %). Pour 46 % d'entre eux, cela faisait plus de six mois qu'ils étaient partis de chez eux.

« Mon bateau a coulé entre la Turquie et la Grèce et nous sommes restés dans l'eau, avec des femmes et des jeunes enfants, pendant une heure avant d'être secourus. La police nous a ramenés en Turquie et nous avons dû recommencer. J'ai sauvé la vie de mon ami qui ne savait pas nager. »
Faiz, qui a 20 ans, a tout laissé derrière lui pour quitter l'Irak et aller en Belgique, à l'exception de son téléphone portable et d'un peu d'argent qu'il a caché dans ses sous-vêtements.
« Quand vous êtes sur la route, la seule chose qui compte est d'arriver le plus vite possible. Vous ne vous souciez pas de l'endroit où vous dormez, des conditions dans lesquelles vous dormez, de ce que vous mangez et de manger ou non. Vous aurez le temps de vous reposer plus tard. Vous devez avancer. Cela m'a pris dix-sept jours pour arriver ici. »

MdM Belgique – Parc Maximilien – Septembre 2015

90 http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues

91 https://www.iom.int/news/mediterranean-migrant-arrivals-2016-160547-deaths-488

SLOVÉNIE

En Slovénie, la plupart des patients rencontrés sont des hommes célibataires âgés de 19 à 59 ans. Au total, Slovene Philanthropy et MdM ont vu 291 personnes (193 hommes et 98 femmes). Quelques enfants ont été vus (18 de moins de 5 ans et 43 de moins de 18 ans).

La plupart des patients viennent du Proche- et du Moyen-Orient (245), 19 viennent d'Afrique et 18 de l'est de l'Europe.

Nous avons rencontré 11 enfants isolés (10 venant d'Afghanistan et un d'Irak).

Parmi les patients rencontrés, 39 déclarent un mauvais état général de santé (15 %), 52 considèrent leur santé mentale comme mauvaise ou très mauvaise (20 %) et 51 considèrent être en mauvaise santé physique (20 %).

À Ljubljana, le principal centre d'hébergement accueille 155 migrants/réfugiés (au 1er juillet 2016). Il se compose de six espaces : pour les familles, les hommes seuls, les mineurs isolés, les femmes seules, les personnes ayant des besoins spécifiques et un pour personnes se déplaçant avec difficulté. Le centre est géré par le ministère de l'Intérieur. En termes de nationalités, les personnes hébergées sont principalement syriennes, afghanes, irakiennes, iraniennes et pakistanaises mais de nombreuses autres nationalités d'Afrique et d'Europe de l'Est sont aussi présentes. Les migrants / réfugiés hébergés dans ce centre ont accès à des cours de slovène, à des activités sportives, et des ateliers créatifs destinés aux enfants et aux adultes. Des activités psychosociales sont aussi mises en place par le service de l'asile et différentes ONG. Un conseil juridique est fourni par une ONG spécialisée, PIC-Centre d'information juridique. Les bénévoles et salariés de l'organisation Slovene Philanthropy sont présents quotidiennement pour faciliter l'intégration sociale, fournir des activités pour les enfants et des informations sur le système national de santé et les droits des migrants en matière d'accès aux soins.

ALLEMAGNE

En 2015, l'Allemagne a accueilli plus d'un million de réfugiés. La plupart sont arrivés par la mer Égée puis la route des Balkans, en traversant la frontière austro-allemande, dans le but de déposer une demande d'asile en Allemagne ou ailleurs. À Munich ville de transit et de destination pour de nombreux migrants entre septembre 2015 et mars 2016, le projet a apporté les premiers soins et une aide immédiate aux réfugiés nouvellement arrivés (majoritairement non enregistrés) au travers de consultations médicales et psychosociales dans les gares centrales routière et ferroviaire. Les réfugiés viennent principalement de Syrie et d'Afghanistan.

À la suite de la fermeture de la route des Balkans, davantage de réfugiés ont été hébergés dans des centres pour demandeurs d'asile et les activités du projet ont changé. Depuis, l'équipe intervient à travers une unité mobile, et fournit des soins dans des centres d'hébergement pour demandeurs d'asile où l'accès aux soins est difficile ou incomplet, et facilite l'intégration des demandeurs d'asile dans le système de santé de droit commun. Les consultations médicales sont menées par des bénévoles.

Parmi les patients rencontrés, 47 % sont des femmes et 53 % sont des hommes. Les principaux pays d'origine sont l'Afghanistan, la Syrie, la Somalie, le Nigeria, le Pakistan et l'Irak. 30 % des patients sont des enfants.

Concernant l'état de santé perçu, 84 % des patients interrogés considèrent leur état de santé général et physique comme mauvais ou très mauvais, et jusqu'à 86 % déclarent un état de santé mental mauvais ou très mauvais. Ces chiffres sont plus élevés que dans tous les autres sites européens où ces questions ont été posées.

Graphique 16 / Principaux pays d'origine : patients rencontrés en Allemagne, Grèce, Italie et Slovénie

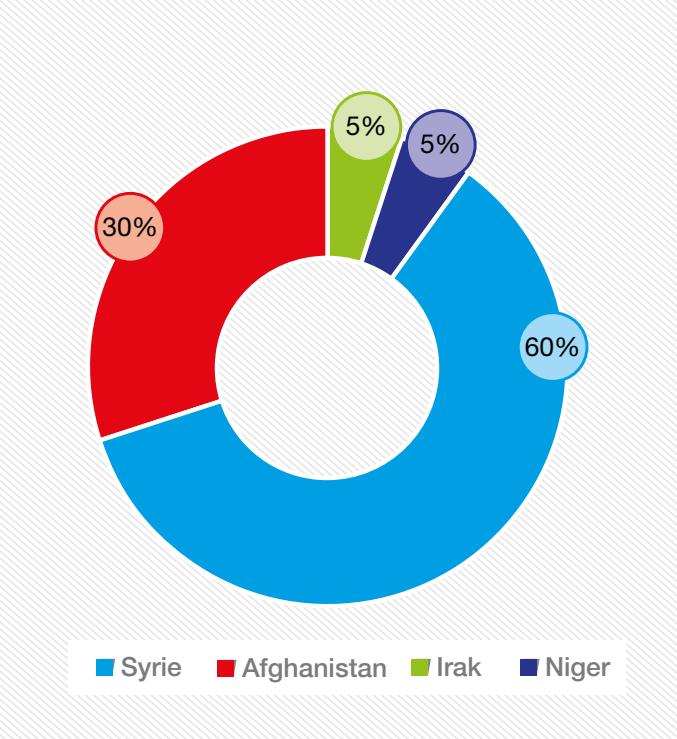
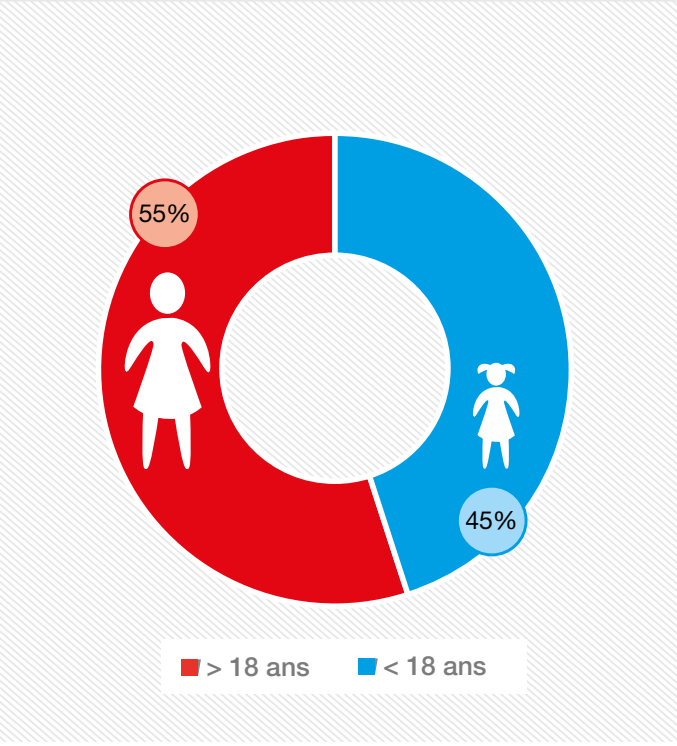


Figure 17 / Proportion d'adultes et d'enfants : rencontrés en Allemagne, Grèce, Italie et Slovénie



85% des Syriens rencontrés sont en famille - 65 % des Afghans rencontrés sont en famille (ensemble des résultats en DE, EL et SI).



Il était encore possible de rire avant que les frontières ne soient fermées et les migrants bloqués. – Lesbos

CONCLUSION

Ce sixième rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins, en plus de montrer une nouvelle fois à quel point l'accès aux soins demeure inéquitable pour les personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité, porte une double responsabilité : être efficace et pouvoir convaincre.

Notre large réseau, avec ses 23 associations en Europe, fournit des informations avec une base scientifique permettant aux responsables politiques d'améliorer les lois et aux professionnels de santé d'améliorer leurs pratiques. Liront-ils notre rapport ? Vont-ils encourager la solidarité ou l'exclusion ?

L'année 2016 a vu le Royaume-Uni voter son retrait de l'UE, une augmentation des crimes et des discours de haine et l'utilisation des migrants et d'autres groupes marginalisés comme boucs émissaires à des fins purement politiciennes, souvent pour des intérêts électoraux individuels. Pourtant cette année a également vu le développement du plus grand mouvement de solidarité en Europe, qui a commencé en 2015 et a attiré des personnes de tous horizons. Ce sont ces personnes sur qui nous voulons compter, ces personnes dont nous voulons mettre les actions en lumière, ceux qui n'hésitent pas à défendre ce en quoi ils croient, qui refusent de fermer les yeux et qui apportent leur solidarité aux personnes qui n'ont pas eu peur de traverser la mer, qui sont capables de dormir sous des tentes dans la boue pendant des mois à Idoméni et à Calais et qui continuent de sourire, prennent soin les uns des autres et se battent pour leurs droits.

Nous sommes un réseau fort car nous réagissons immédiatement, comme l'a fait Slovene Philanthropy lorsque, en l'espace de quelques jours seulement, ils ont mobilisé plus de 2 000 bénévoles pour prendre soin des migrants. Et des actions similaires ont eu lieu en Grèce, en Allemagne, en Suède, en Norvège et partout où les migrants/réfugiés sont arrivés.

Nous sommes un réseau fort parce que nous ne renonçons jamais à nous battre pour le respect, les droits humains, l'accès aux soins et la solidarité – et certainement aussi parce que nous savons à quel point il est satisfaisant d'agir tous ensemble. L'injustice n'est jamais inévitable, insurmontable ou acceptable.

Samuel a 27 ans et est Ougandais. Il a été obligé de fuir son pays après que son homosexualité a été révélée et qu'il a été poursuivi par une foule. Quelqu'un lui a acheté un billet d'avion et il est arrivé au Royaume-Uni. Il a été hébergé un temps mais au bout de quelques jours, il a été déposé devant l'église locale ; il n'avait aucun contact au Royaume-Uni. Il n'a pas fait de demande d'asile.

A l'église, il a rencontré une femme qui venait aussi d'Ouganda et parlait sa langue. Il lui a raconté sa situation et montré son passeport et elle a accepté de l'héberger jusqu'à ce qu'il soit dans une situation plus stable. Elle l'a mis en contact avec quelqu'un du groupe de soutien LGBTI pour les personnes d'origine africaine, Out and Proud Diamond Group.

Chez Out and Proud, on l'a encouragé à prendre rendez-vous pour vérifier son état de santé : *« Dans mon pays, j'ai vécu 27 ans sans voir de médecin, ni rien ».* Il ne voulait pas le faire car il n'avait pas d'argent et s'inquiétait du mauvais accueil qu'on pourrait lui faire : *« Dans mon pays, en ce qui concerne les médecins… et quand vous êtes très pauvre, si vous voulez accéder à quelque chose de gratuit, on ne vous soigne pas. Donc ça m'inquiétait et je me demandais s'il fallait que j'y aille. Mais [mon ami] m'a dit que c'était un endroit très bien. »*

Médecins du monde a pu enregistrer Samuel auprès d'un médecin généraliste. Il était très content du respect et de l'attention que lui a témoignés l'équipe de MdM. *« Je me souviens d'une question que j'ai posée à la dame qui m'a reçu : comment faites-vous pour sourire tout le temps ? Depuis que vous êtes venue me chercher, vous n'avez pas cessé de sourire. Cela suffit à me guérir, si je suis malade.»*

Samuel a obtenu un permis de séjour de six mois au Royaume-Uni. Il attend son numéro national d'assuré pour pouvoir commencer à travailler. Même s'il est encore en train de s'habituer à la vie à Londres, il est heureux de voir son rêve se réaliser.

MdM Royaume Uni – Londres – Décembre 2015

SIGLES ET ACRONYMES

AME	Aide médicale d'État (France)
AMU	Aide médicale urgente (Belgique)
ASEM	Association de solidarité et d'entraide avec les migrants
ARYM	Ancienne République yougoslave de Macédoine
BE	Belgique
CAP	Proportion moyenne brute
CAPT	Proportion moyenne brute incluant la Turquie
Caso	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CH	Suisse
CMU	Couverture maladie universelle
CPAS	Centre public d'action sociale (Belgique) (France)
CSU	Couverture santé universelle
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale (France)
DE	Allemagne
ECDC	Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies
EEE	Espace économique européen
EL	Grèce
ES	Espagne
FR	France
FRA	Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IST	Infection sexuellement transmissible
LFIP	Loi relative aux étrangers et à la protection internationale (Turquie)
LMA	Loi relative à l'accueil des demandeurs d'asile (Suède)
LU	Luxembourg
MdM	Médecins du monde
NHS	Service national de santé (Royaume-Uni)
NIS	Système national d'assurance (Norvège)
NL	Pays-Bas
NO	Norvège
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
Puma	Protection universelle maladie (France)
ROR	Rougeole-oreillons-rubéole
SE	Suède
TB	Tuberculose
TR	Turquie
UE	Union européenne
UK	Royaume-Uni
UNHCR	Agence des Nations unies pour les réfugiés
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise
WAP	Proportions totales moyennes (chaque pays a le même poids)
WAPT	Proportions totales moyennes incluant la Turquie

AUTEURS

Référence pour citation :
Simonnot N[1], Rodriguez A[1], Nuernberg M[1], Fille F[1], Aranda-Fernández P.E[2], Chauvin P[2]. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité dans 31 villes de 12 pays. Rapport sur les données sociales et médicales recueillies en 2015 dans 11 pays européens et la Turquie.

1. Réseau international de Médecins du monde, Paris, France
2. Département de recherche en épidémiologie sociale, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et santé publique (INSERM – Université Sorbonne UPMC), Paris, France

CONTRIBUTEURS

BE Nel VANDEVANNET, Sofie MANANTSOA, Stéphane HEYMANS, Emmy DESCHUTTERE, Jonathan HARDENNE

CH Janine DERRON, Manon RAMSEYER, Sinda EL KATEB, Stéphanie EMONET, Raquel GERMANO, Anne Lise TUPIN, Aline CATZEFLIS

DE Suzanne BRUINS, Claudia ROKITTA, Sabine FÜRST, Melanie MÜCHER, Caroline DWORZAK, Johanna OFFE

EL Efstratios KLADIS, Vasia FLOROPOULOU, Mina FLOROPOULOU, Stefanos SALEVOURAKIS, Eva TATSIDOU, Evi TZIVELEKI, Konstantina KYRIAKOPOULOU, Eleftheria ANDRIANOPOULOU, Efi SAMANTA, Aggeliki TSAGRI

ES Miguel PÉREZ-LOZAO, José ATIENZA, Ramòn ESTESO, David MORALES

FR Marielle CHAPPUIS, Nadège DROUOT, Cécile GABORET, Agnès GILLINO, Elise JOISEL, Paula LAKROUT, Anne-Sophie MARIE, Anne TOMASINO

LU Sylvie MARTIN, Serge DEPOTTER, Ruth SMILEY, Maggy GUILLEAUME, Dominique PÉRILLEUX, Catherine CONVIÉ

NL Linda JANMAAT, Gerrianne SMITS

NO Frode EICK, Monica FALCK, Linnea NÄSHOLM

SE Eliot WIESLANDER, Linnea SANDSTRÖM LANGE

TR Lerzan CANE, Bass N'DIAYE, Sékouba CONDE

UK Lucy JONES, Phil MURWILL, Clare SHORTALL, Charnele NUNES, Sarah DICKSON, Katie TURNER, Joy CLARKE, Amy KIMBANGI, Maddie GUERLAIN, Anna MILLER, Karen LAU, Mohmooda MIAN, Nadeem SAUMTALLY, Abigail BENTLEY, Luc PERIERA

Réseau international de MdM :
Dagna FRYDRYSZAK, Lucile GUIEU, Romain GILLIOTTE, Sophie ISSA

Institut Pierre Louis d'épidémiologie et santé publique :
Cécile VUILLERMOZ

Traduction : Thérèse Benoit
Conception graphique : Maud Lanctuit
Impression : Clumic Arts Graphiques

Contact: Nathalie Simonnot
Réseau international de Médecins du monde – Doctors of the World International Network:
nathalie.simonnot@medecinsdumonde.net
+33 1 44 92 14 37
www.mdmeuroblog.wordpress.com

RECOMMANDATIONS

1. Aujourd'hui, des centaines de millions de personnes vivent en dehors de leur pays d'origine et ont migré pour de nombreuses raisons, parmi lesquelles les conflits, les catastrophes naturelles ou les dégradations environnementales, les persécutions politiques, la pauvreté, les discriminations et l'absence d'accès à des services essentiels. Ces migrants peuvent être l'objet de multiples discriminations, violences et exploitations, toutes ces expériences affectant souvent de façon directe leur santé physique et mentale. Le droit de tous de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible est depuis longtemps inscrit dans les conventions internationales relatives aux droits humains, ainsi que les principes de justice et de non-discrimination. Il est donc essentiel que les systèmes de santé de droit commun et les politiques respectent le droit à la santé des migrants, indépendamment de leur situation administrative.

   Notre réseau appelle les États membres et les institutions de l'UE à offrir des systèmes universels de santé publique fondés sur la solidarité et l'équité, ouverts à toute personne vivant dans l'UE. Toute personne vivant dans un pays de l'UE, quel que soit son statut, devrait avoir accès à des soins adaptés dans le système de droit commun.

2. La violence sur les routes migratoires a souvent été documentée. Les migrants sont exposés à des organisations de trafiquants dangereuses et criminelles. Des viols sur les routes ont été signalés. Le voyage est particulièrement dangereux pour les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques ou de handicaps. De nombreuses femmes sont au début ou à un stade avancé de leur grossesse, ou ont accouché récemment. Un nombre considérable de femmes et de filles voyagent seules et sont exposées à des risques élevés de violences liées au genre ou à l'exploitation. Notre réseau appelle les gouvernements à garantir des voies migratoires sûres en Europe, à l'abri des violences, pour tous les migrants quelle que soit leur nationalité. Notre réseau demande également que des dispositions spécifiques soient prises pour assurer la protection des filles et des femmes voyageant seules ou avec leurs enfants. Les femmes et les filles voyageant seules devraient être hébergées dans des abris sûrs. Tous les enfants, y compris les enfants isolés, nécessitent également une protection spécifique d'un niveau élevé.

   En outre, plusieurs pays européens ont construit ou sont en train d'ériger des clôtures de barbelés, certaines équipées de lames de rasoir. **Tous les murs doivent être démontés, en priorité ceux pouvant infliger des blessures.**

3. Plus de 32 000 personnes ont déjà péri en mer Méditerranée depuis 2000 en essayant de rejoindre l'Europe. Il y a eu 3 700 morts durant la seule année 2015. Pourtant, il existe une solution simple pour mettre fin au calvaire que les réfugiés doivent endurer pour rejoindre l'Europe et qui pourrait avoir de nombreux bénéfices pour les pays d'accueil. Délivrer des visas humanitaires aux personnes fuyant les guerres pourrait créer de véritables corridors humanitaires permettant aux réfugiés d'accéder à la protection à laquelle ils ont légitimement et légalement droit. Cela permettrait aux réfugiés d'arriver en vie de façon digne et aux plus vulnérables d'accéder à une protection, comme cela a déjà été mis en place dans certains pays. Notre réseau soutient l'action du Parlement européen dans sa démarche d'amendement de la proposition de la Commission pour une refonte du Code des visas, qui devrait offrir la possibilité aux demandeurs d'asile de demander un visa humanitaire européen directement dans les consulats et ambassades des États membres.

4. Les États et organisations d'aide sur le terrain doivent respecter la Charte humanitaire et les normes minimales pour les interventions humanitaires, telles qu'élaborées par le projet Sphère. Elles constituent les ensembles de principes communs et de normes minimales universelles les plus largement et internationalement reconnues dans les secteurs de l'intervention humanitaire visant à sauver des vies.

   Notre réseau demande aux gouvernements d'assurer les conditions d'accueil appropriées (abris, installations sanitaires et d'hygiène, soins, accès à l'information, etc.), en accord avec les normes minimales de l'intervention humanitaire.

5. Selon le règlement Dublin III, les personnes qui atteignent l'Europe et souhaitent déposer une demande d'asile peuvent le faire uniquement dans le pays de l'Union européenne dans lequel ils sont arrivés en premier. Ce règlement, ainsi que l'ensemble du régime d'asile européen commun, doit être réformé à la fin 2016. Néanmoins, selon les nouvelles règles, les migrants ne pourront toujours pas choisir l'endroit où vivre et continueront d'être séparés de leur famille. Ces séparations forcées ont des conséquences considérables sur le bien-être et la santé mentale des migrants. Une autre conséquence du règlement de Dublin III est que les pays dont la côte est accessible par la Méditerranée, ou les pays acceptant leurs responsabilités comme l'Allemagne, finissent par accueillir la majorité des migrants. La carence de structures d'accueil et de soins appropriées qui en résulte conduit à aggraver l'état de santé des demandeurs d'asile.

   Dans le cadre de la réforme du règlement Dublin, notre réseau appelle les États membres à autoriser les demandeurs d'asile à déposer leur demande dans le pays de leur choix. Dans le même temps, nous demandons à tous les États membres de garantir que le droit à la réunification familiale permise aux demandeurs d'asile dans le règlement soit appliqué de façon active et rapide.

6. Bien que certains États européens, tels l'Italie et la Grèce, se retrouvent à porter seuls la responsabilité pour un nombre élevé de réfugiés, les plans actuels de relocalisation et réinstallation du Conseil européen sont loin d'assurer des conditions d'accueil appropriées.

   Notre réseau appelle les États membres de l'UE à accroître de façon significative leurs quotas de relocalisation et de réinstallation et accepter un nombre plus élevé de réfugiés relocalisés.

7. Certains services sociaux et médicaux proposés aux migrants peuvent ne pas être sensibles aux problèmes essentiels des migrants, ne pas être adaptés culturellement et ne pas fournir suffisamment de services d'interprétariat. Ces besoins doivent être couverts complètement et de façon appropriée.

   Notre réseau demande aux États membres et aux institutions de l'UE de promouvoir une collaboration active entre les différents secteurs et une collaboration étroite entre les gouvernements et les nombreux acteurs non gouvernementaux impliqués dans le processus migratoire. De tels développements devraient se faire en gardant à l'esprit des perspectives à court, moyen et long terme.

8. Le droit des enfants à la santé et aux soins est l'un des droits humains les plus fondamentaux, universels et essentiels. Il est temps de respecter pleinement la Convention de 1989 des Nations unies relative aux droits de l'enfant et de respecter son principe fondateur qui est l'intérêt supérieur de l'enfant.

Notre réseau appelle les États membres et les institutions de l'UE à arrêter immédiatement la détention des enfants (qui n'est jamais dans l'intérêt supérieur de l'enfant) et de mettre en place des structures adaptées aux enfants isolés. De plus, ils devraient garantir que tous les enfants résidant au sein de l'UE aient un accès complet aux programmes nationaux de vaccination et aux soins pédiatriques. En tant que professionnels de santé, nous dénonçons l'utilisation d'examens médicaux qui n'ont pas de bénéfices thérapeutiques et sont utilisés à des seules fins de contrôle migratoire. Les enfants doivent être protégés !

9. Les soins liés à la grossesse sont essentiels pour la santé des mères et des nourrissons, réduisent les effets néfastes de la pauvreté dans les groupes confrontés à de multiples facteurs de vulnérabilité et sont cruciaux pour améliorer la santé des générations actuelles et futures. Les femmes enceintes doivent avoir accès aux soins périnataux.

   Chaque femme devrait avoir accès à une interruption de grossesse, si telle est sa volonté.

   En s'appuyant sur la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne de 2000 (Article 34 sur la sécurité sociale et l'aide sociale), notre réseau appelle les États membres et les institutions de l'UE à assurer aux femmes enceintes l'accès à des soins prénataux et postnataux effectifs et de grande qualité et à un accouchement sans risque.

10. Personne ne devrait faire l'objet de traitement ou de sanction inhumains ou dégradants. Il est temps de respecter pleinement l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme de 1950 (Conseil de l'Europe).

    Notre réseau appelle les États membres et les institutions de l'UE à protéger les étrangers gravement malades, à leur garantir un accès à des soins appropriés et à ne jamais les expulser vers un pays où l'accès effectif aux soins ne peut être garanti.

11. Les médicaments doivent être accessibles et abordables pour tous. Aujourd'hui les systèmes de santé européens sont directement menacés par les prix excessifs des médicaments, ce qui est à la fois non éthique et non viable. Dans le cas de certaines maladies, les politiques de prix élevés conduisent à rationner les traitements et mettent en danger les systèmes de santé et la santé publique.

    Notre réseau appelle les États membres et les institutions de l'UE à imposer des politiques de prix répondant aux exigences de santé publique plutôt que motivés par le profit.

Allemagne / Ärzte der Welt
www.aerztederwelt.org

Belgique / Dokters van de Wereld
www.doktersvandewereld.be

Belgique / Médecins du monde
www.medecinsdumonde.be

France / Médecins du monde
www.medecinsdumonde.org

Espagne / Médicos del Mundo
www.medicosdelmundo.org

Grèce / Giatri tou Kosmou
www.mdmgreece.gr

Luxembourg / Médecins du monde
www.medecinsdumonde.lu

Pays-Bas / Dokters van de Wereld
www.doktersvandewereld.org

Norvège / Centre de soins pour les migrants sans papiers
www.bymisjon.no

Suède / Läkare i Världen
www.lakareivarlden.se

Suisse / Médecins du monde
www.medecinsdumonde.ch

Turquie / Association de solidarité et d'entraide aux migrants
www.asemistanbul.org

Royaume-Uni / Doctors of the World
www.doctorsoftheworld.org.uk



© Olmo CALVO/ Médicos del Mundo

Tous les rapports
du réseau international de Médecins du monde,
ainsi que d'autres documents sur
le programme européen sont sur :
www.mdmeuroblog.wordpress.com

ÄRZTE DER WELT · MÉDECINS DU MONDE · MÉDICOS DEL MUNDO · ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ · DOKTERS VAN DE WERELD · MÉDICOS DO MUNDO · LÄKARE I VÄRLDEN · DOCTORS OF THE WORLD · DOKTEREN VUN DER WELT

KIRKENS BYMISJON | HELSESENTERET FOR PAPIRLØSE MIGRANTER

ASSOCIATION D'ENTRAIDE ET DE SOLIDARITÉ AUX MIGRANTS · ASEM · 2012