



OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

DANS LES PROGRAMMES
DE MÉDECINS DU MONDE
EN FRANCE

**LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
FACE À LA PANDÉMIE DE COVID-19**

RAPPORT **20
20**

SOMMAIRE

ÉDITO.....	4
RÉSUMÉ.....	6
ACRONYMES	11
LES PROGRAMMES FRANCE EN 2020	13
2020 EN QUELQUES DATES CLÉS.....	20

CHAPITRE 1 L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 25

1. L'HÉBERGEMENT FACE À LA CRISE	26
L'urgence de protéger les personnes à la rue ou mal logées.....	27
Une augmentation malgré tout insuffisante du nombre de places d'hébergement	28
Manque de visibilité pour les personnes à chaque « échéance » liée à l'état d'urgence sanitaire.....	28
Structures d'hébergement : la qualité des dispositifs proposés	29
<i>Les structures d'hébergement pas toujours en capacité d'offrir une protection</i> <i>contre la propagation du virus.....</i>	29
Suspension des expulsions pendant le premier confinement mais pas partout	29
2. L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR L'ACCÈS À L'EAU ET À L'ALIMENTATION	31
Crise alimentaire chez les personnes en situation de précarité.....	31
<i>Enquête téléphonique auprès des travailleuses.eurs du sexe (TdS) à Rouen.....</i>	32
Des gestes barrières difficiles à appliquer sans un accès à l'eau	33
<i>Le recours au juge face à l'inaction des autorités : une arme à l'efficacité mitigée.....</i>	35
<i>Entretien avec la coordinatrice des opérations en France de Solidarités International.....</i>	37

CHAPITRE 2 ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 41

1. ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	42
Les conditions de vie, un facteur aggravant de la Covid-19.....	42
<i>Étude Covid-Homeless : impact de la Covid-19 chez les plus précaires à Marseille</i>	43
Alertes aux renoncements et retards aux soins chez les personnes en situation de précarité.....	44
<i>Augmentation des inégalités d'accès aux soins pour les femmes en situation de précarité</i>	45
La santé mentale : inquiétudes face à la Covid-19 pour des populations aux trajectoires et conditions de vie difficiles	45
<i>L'impact de la Covid-19 sur la santé mentale des habitants des Combrailles.....</i>	46
<i>Retour d'expérience de la cellule d'écoute psychologique auprès des MNA et jeunes majeurs</i> <i>(Programme MNA de Paris).....</i>	47
2. PRÉVENTION DE LA COVID-19 AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ.....	48
Panorama des interventions mises en place par les équipes de MdM.....	48
<i>La formation pour appréhender la maladie (équipe de MdM à Metz)</i>	49
La problématique de l'adhésion des personnes aux actions de santé publique	49
Un enjeu central : communiquer sur les stratégies de dépistage et de vaccination.....	50
Les mesures d'isolement : centres de desserrement et structures d'hébergement.....	51

CHAPITRE 3 ACCÈS AUX DROITS 53

1. LA RÉFORME RESTRICTIVE DE L'ACCÈS AUX DROITS DE SANTÉ DES ÉTRANGERS DE 2019 : UNE APPLICATION TOUT JUSTE RALENTIE PAR LA CRISE	54
<i>Que prévoit la réforme de 2019 ?</i>	55
2. ÉVOLUTION DE L'ACCÈS AUX DROITS DURANT LA CRISE SANITAIRE EN 2020	57
Premier confinement (17 mars – 11 mai 2020) : des mesures nationales facilitatrices mais inégalement appliquées selon les territoires	57
Déconfinement (11 mai – 29 octobre 2020) : les voies dématérialisées ne peuvent pas constituer la seule solution	61
Deuxième confinement (30 octobre – 15 décembre 2020) : entre pleine reprise des restrictions, réticence aux mesures facilitatrices et mise en œuvre de la réforme régressive de 2019	62

CHAPITRE 4 LA RÉPONSE À LA CRISE SANITAIRE 65

1. RETOUR SUR LA COORDINATION DE LA CRISE PAR LES ACTEURS PUBLICS ET ASSOCIATIFS	66
Une gestion de crise auprès des populations précaires marquée par des disparités territoriales	67
Des difficultés de coordination entre les différents services de l'État	68
Des nouveaux acteurs venus compenser le manque de coordination	68
2. RÉPONSES DE L'ÉTAT DANS LE MILIEU PÉNITENTIAIRE : L'EXPÉRIENCE DE MDM À NANTES	70
La réorganisation des centres pénitentiaires pour lutter contre la propagation du virus	70
Ne pas oublier les autres enjeux de santé malgré la crise sanitaire	71
La réorganisation des soins et les conséquences sur la santé des détenu(e)s	71
3. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LA RÉORGANISATION DES ACTIONS DE MDM	72
Impact de la Covid-19 sur les Caso : une baisse de la fréquentation	72
Démonstration de la pertinence de la médiation en santé dans les dispositifs d'aller-vers auprès des publics en situation de précarité	74

CHAPITRE 5 RECOMMANDATIONS 77

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	82
ANNEXES	85

ÉDITO

L'année 2020, qui a vu la pandémie de Covid-19 se développer à travers le monde, nous oblige à penser la santé comme un bien commun et essentiel. En France, la rapidité de propagation du virus a mis en évidence les limites du système de santé et les carences des politiques de santé publique. À un niveau individuel, chaque personne a pu se rendre compte de sa propre vulnérabilité face à la maladie, accentuée par les épisodes de confinement et de limitation des libertés.

Or, si cette pandémie concernait l'ensemble des personnes vivant sur les mêmes territoires, l'impact n'a pas été le même pour tout le monde. Après un bref temps de sidération, Médecins du Monde a très rapidement constaté que les conséquences de la crise allaient être encore plus importantes sur le quotidien et la santé des personnes déjà marginalisées et fragilisées.

4

Dès mars, l'ensemble de nos équipes en France ont adapté leurs activités d'accueil et d'« aller-vers » en tenant compte des contraintes imposées. L'enjeu était de maintenir au maximum le lien avec les populations les plus éloignées du droit et du soins. Nous voulions aussi, par notre présence sur le terrain, participer à l'effort collectif de réponse à la pandémie tout en continuant à rappeler les institutions et responsables politiques à leurs responsabilités face aux situations les plus préoccupantes.

En partant de cette expérience et sans prétendre avoir une vision globale de l'impact de l'épidémie sur le territoire français ou revenir sur l'intégralité des approximations de sa gestion (politiques des masques, discours contradictoires, etc.), il nous paraissait important de témoigner et de mettre en perspective les difficultés d'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité.

Ce rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins est spécifiquement dédié à l'analyse de cette première année de crise sanitaire. Il se veut un témoignage objectif et équilibré de nos constats sur le terrain. Il décrit les conséquences de l'épidémie sur la santé pour les populations

en situation de précarité et montre en quoi l'accès à des conditions de vie et d'hygiène dignes est un élément vital de la réponse à la Covid-19. Il illustre aussi l'importance d'avoir des stratégies de prévention adaptées et intégrées à des soins curatifs, de développer les démarches d'« aller-vers », la médiation en santé pour les populations en rupture et l'enjeu de travailler avec les personnes concernées.

Il montre par ailleurs que les pouvoirs publics ont momentanément pu apporter des solutions pour lutter contre le virus en augmentant le nombre de places d'hébergement, en réduisant la surpopulation carcérale, en installant des accès à l'eau dans les squats et bidonvilles sur certains territoires, en proposant la mise en place d'équipes mobiles sanitaires (EMS) ou encore en adoptant des mesures facilitatrices pour l'accès aux droits et aux soins des populations en situation de précarité.

Cette crise sanitaire n'est pas finie et nous ne pouvons encore en définir toutes les conséquences à terme. Néanmoins nous pouvons déjà retenir quelques évidences : l'État porte la responsabilité d'assurer l'accès à la santé à l'ensemble des populations vivant sur son territoire par l'organisation d'un système de santé qualitatif, inclusif et solidaire.

La crise sanitaire a rappelé avec force que la santé est collective, hâtons-nous d'en tirer les conclusions, de pérenniser les mesures et dispositifs qui ont fait leurs preuves à l'égard des personnes en situation de précarité et de mettre ces dernières au cœur des réflexions et des actions de santé publique. Oublier cette évidence nous rendrait plus vulnérables face à de prochaines crises qui pourraient être plus violentes encore.

Yannick Le Bihan
Directeur des opérations France
Médecins du Monde
juin 2021

RÉSUMÉ

➤ **Le 31 décembre 2019, plusieurs cas de pneumonie ont été signalés à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Wuhan, une ville située dans la province chinoise du Hubei. Une semaine plus tard, le 7 janvier, les autorités chinoises ont confirmé avoir identifié un nouveau coronavirus, une famille de virus qui causent le rhume et des maladies telles que le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). La maladie respiratoire parfois mortelle engendrée par le nouveau virus SARS-CoV-2¹, désignée par le terme Covid-19, est déclarée par l'OMS comme une urgence de santé publique de portée internationale le 30 janvier 2020.**

Depuis le 31 décembre 2019, près de 180 millions de cas de la Covid-19 dans le monde dont 5,7 millions en France ont été confirmés. Quant aux décès, près de 4 millions ont été enregistrés dans le monde dont environ 111 000 en France².

L'état des libertés a été durement bousculé pour lutter contre la propagation de ce virus. Assignation à domicile, fermeture des lieux culturels et d'espaces de vie sociale, autorisation de sortir avec une attestation pour une heure dans un rayon de 1 km : le confinement débutera le 16 mars et prendra fin le 11 mai 2020 [Légifrance, 2020]. Après une période sous couvre-feu, le pays se confinerà à nouveau le 30 octobre jusqu'au 15 décembre 2020. L'état d'urgence sanitaire rentrera, quant à lui, en vigueur, du 24 mars 2020 jusqu'au 11 juillet 2020 [Légifrance, 2020]. Un second état d'urgence sanitaire est décrété le 14 octobre 2020 et est depuis lors en vigueur. Les territoires d'Outre-mer n'ont pas échappé aux renforcements de mesures sanitaires mais avec un décalage de plusieurs semaines dans le temps par rapport à la métropole.

6

LA RÉPONSE À LA CRISE SANITAIRE EN 2020

Alors que le pays se confine en mars 2020 laissant les populations les plus exclues à la rue, en bidonvilles, campements ou dans des logements instables, il faudra attendre l'instruction du 27 mars 2020 adressée aux préfets pour que des mesures ciblées soient prises pour les personnes en situation de précarité.

La gestion de la crise auprès des populations précaires a été marquée par des disparités territoriales avec des résultats positifs localisés. L'importance des démarches dites d'« aller-vers » et celle de la médiation en santé pour accompagner les personnes ont aussi fait leurs preuves durant la crise. Des difficultés de coordination et des réponses inadaptées aux besoins des personnes ont, toutefois, été observés par les équipes de terrain.

La pandémie de la Covid-19 a fortement impacté les acteurs de la solidarité et les organismes publics accompagnant les personnes en situation de précarité. Les équipes de MdM ont adapté les activités dans les centres d'accueil, de soins

et d'orientation (Caso) : mise en place de permanences téléphoniques, adaptation des protocoles d'accueil et de soins, des possibilités de déplacements des personnes selon les phases de l'épidémie, etc. La crise sanitaire a conduit à une baisse exceptionnelle de l'activité des Caso : 14 348 personnes ont été accueillies en 2020 contre 23 048 en 2019 soit une diminution de la file active de près de 38 %.

Les actions d'« aller-vers » ont été privilégiées dont la médiation en santé pour être au plus près des personnes (maraudes et équipes mobiles dans les squats et bidonvilles) et en lien avec les institutions. Témoin direct des difficultés d'accès aux soins durant la crise, les équipes de MdM se sont (ré) organisées autour de modalités d'intervention multiples qui ont pu coexister sur une même région à savoir :

- Des activités de médiation en santé en appui des équipes sanitaires des Pass mobiles ou de certaines équipes hospitalières ;
- L'adaptation des activités d'« aller-vers » en lien avec les enjeux de la Covid-19 ;
- Le maintien, autant que possible et avec des modalités adaptées, de la continuité des activités régulières afin de ne pas négliger les autres problèmes de santé ;
- La participation et/ou coordination des dispositifs nationaux « équipes mobiles sanitaires (EMS) » créés par les Agences régionales de santé (ARS) et constituées de médecins, d'infirmiers, de médiateurs en santé et quand cela était nécessaire, d'interprètes professionnels.

MdM salue les intentions récentes de l'État, durant la crise sanitaire, de renforcer les dispositifs d'accès aux soins et aux droits en santé physique et mentale et des démarches d'« aller-vers » pour lutter contre les inégalités de santé et d'accès aux soins³.

(1) Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2 (SARS-CoV-2) ou syndrome respiratoire aigu sévère coronavirus 2 en français.

(2) Santé publique France. Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde [Internet]. 24 juin 2021.

(3) Il s'agit de la mesure 27 « Inégalités de santé » du Ségur de la santé qui prévoit des financements supplémentaires, tous n'étant pas pérennes, pour le renforcement de dispositifs existants et la création de nouveaux dispositifs : LHSS et LHSS mobiles, Pass et Pass mobiles, dispositifs de réduction des risques et addictions (Caarud, Csapo et Elsa), EMPP, appartements de coordination thérapeutiques hors les murs, équipes mobiles santé précarité, services de soins infirmiers à domicile, centres et maisons de santé « participatifs ».

- Ces intentions demandent toutefois à ce que, d'une part, les **associations et les acteurs de première ligne soient systématiquement associés et consultés au niveau local et national pour la construction de ces dispositifs** (cahiers des charges et mise en œuvre), et que d'autre part ces mesures soient prises de manière pérenne et soutenues financièrement par l'État et les ARS.
- MdM demande à ce que la **médiation en santé soit reconnue et valorisée par les institutions publiques comme une composante essentielle des interventions en santé précarité**. Les compétences métiers des médiateurs en santé doivent être reconnues au niveau national (formation qualifiante et certification).
- Les personnes en situation de précarité doivent être **impliquées dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques qui les concernent**.

L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

La crise sanitaire et les mesures de confinement sont venues bouleverser les vies sociales, individuelles et économiques. MdM, à travers ses actions, a pu constater que ces mesures ont été un amplificateur des inégalités et de stigmatisation à l'égard de certains publics en situation de précarité.

À l'entrée dans la crise, le **secteur de l'hébergement** traversait notamment une situation particulièrement dégradée depuis plusieurs années. MdM et ses partenaires associatifs alertaient déjà depuis longtemps sur l'obligation faite à l'État de permettre à toute personne sans abri et en situation de détresse d'accéder à un dispositif d'hébergement d'urgence. Les appels ont semble-t-il été entendus dès le premier confinement puisque des places en hébergement ont été ouvertes et leur maintien annoncé jusqu'en mars 2022. Si cette ouverture massive de places a été saluée, les conditions d'accueil de ces dispositifs n'étaient pas toujours optimales. Ils restent de surcroît toujours saturés et les difficultés pour y accéder persistent aujourd'hui. Il n'en reste pas moins important que les personnes hébergées puissent, par la suite, accéder à un logement pérenne et être accompagnées dans leurs démarches.

Les habitants de squats et bidonvilles subissent depuis trente ans une politique d'expulsion à répétition. Si les équipes de MdM s'accordent pour constater qu'il n'y a pas eu d'expulsion durant toute la première période de la crise sanitaire, un territoire a fait cependant exception : le Nord-Littoral.

- MdM demande **une accélération de la politique du «logement d'abord»** et des moyens suffisants pour assurer un accompagnement intégré (santé, social, etc.) des personnes dans les structures d'hébergement.
- MdM demande à ce que le **nombre de places dans les différents types d'hébergements soit en adéquation avec les besoins d'un territoire donné et quel que soit le statut des personnes**. Tout hébergement doit aussi pouvoir correspondre aux normes nécessaires de sécurité sanitaire et de dignité des personnes hébergées (taille des espaces individuels, circulation des personnes, espaces d'hygiène et d'alimentation, aération des locaux et mise à disposition des équipements de protection nécessaire).
- MdM poursuit son combat pour un **accès au logement digne, stable et adapté aux personnes** vivant actuellement en bidonvilles et squats, et la mise en œuvre effective sur les territoires de la stratégie de résorption conformément à l'Instruction du 25 janvier 2018.
- MdM appelle à **prioriser les enjeux de santé** dans le respect des personnes et des groupes y compris lorsqu'une expulsion est prévue sur un lieu de vie.

La crise sanitaire n'a fait qu'aggraver la situation de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté. **En 2020, 98,2 % des personnes reçues pour la première fois dans les Caso ont déclaré vivre en dessous du seuil de pauvreté et parmi elles, 48,5 % ont déclaré n'avoir aucune ressource.**

L'accès à l'alimentation a été une source alarmante de tensions. Un grand nombre d'acteurs, bénévoles, professionnels, collectifs de citoyens, se sont alors réorganisés au début de la crise pour répondre au mieux aux besoins avec des repas chauds, des colis alimentaires ou des tickets-service.

La situation a été particulièrement aiguë en **Guyane et à Mayotte**. Une enquête menée en Guyane durant l'été 2020 a révélé que plus de 80 % des personnes interrogées avaient souffert de la faim.

L'épidémie de la Covid-19 a rendu, par ailleurs, encore plus visibles les injustices face à **l'accès à l'eau et à l'hygiène**. La crise a ainsi brusquement légitimé aux yeux des institutions, et pour un temps au moins, ce qui était demandé depuis longtemps par les associations et acteurs de terrain : des installations simples permettant un accès gratuit à l'eau dans les bidonvilles, squats et habitats auto-construits.

Les solutions opérationnelles qui ont fait leurs preuves pendant la crise sanitaire devraient être pérennisées.

L'accès à une alimentation et à une eau de qualité en quantité suffisante, la gestion des déchets et des bonnes conditions d'hygiène (accès à des sanitaires et des douches) sont en effet essentiels pour protéger la santé humaine en tout temps et quels que soient les lieux de vie des personnes.

ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Des conditions de vie précaires ou de promiscuité, la présence de maladies chroniques aggravées par les difficultés de recours aux soins ont été autant de facteurs d'exposition au virus et de formes graves de la maladie. Or, les personnes rencontrées par MdM vivent pour la très grande majorité dans des conditions extrêmement difficiles. Elles n'ont peu ou pas de ressources financières et pas de logement stable. **Ainsi, 91 % des personnes reçues pour la première fois dans les Caso en 2020 sont en habitat très précaire : à la rue, en bidonvilles, squats ou campement, ou en hébergement temporaire.**

On constate que plus de **cinq personnes sur dix vues dans les Caso en 2020 souffraient de pathologies chroniques**. Ceci pose la question des modalités de prise en charge dans un contexte où la plupart d'entre elles ne disposent d'aucune couverture maladie. Dans la crise actuelle, elles peuvent donc présenter plus de risques de développer une forme grave de la Covid-19 en raison d'un mauvais suivi de leur santé, qui peut être augmenté par la présence d'une ou plusieurs comorbidités.

Par ailleurs, l'importance donnée à la gestion de la pandémie au sein du système de santé a engendré des retards dans les recours aux soins et des ruptures de traitement qui ont été accentués chez les personnes en situation administrative ou avec des conditions matérielles précaires : saturation des services d'urgence, fermeture ou fonctionnement au ralenti des structures médico-sociales (Pass, ceGIDD, PMI, etc.), développement des téléconsultations qui est un obstacle pour les populations en exclusion numérique et déplacements limités en raison des contrôles ou de la peur de contracter le virus, etc. **En 2020, les médecins généralistes de MdM ont estimé que 47,2 % des patients reçus dans les Caso présentaient un retard de prise en charge, un retard atteignant 62,9 % pour les patients atteints d'au moins une maladie chronique.** De plus, selon l'avis des médecins, 82,5 % des patients pris en charge dans les Caso nécessitaient un suivi et/ou un traitement pour au moins une de leurs pathologies.

- MdM recommande aux décideurs de garantir **l'accès des personnes en situation de précarité au matériel de protection** (tels que masque, savon ou gel hydroal-

coolique) et aux tests de dépistage de la Covid-19.

- MdM demande **l'accès incondicional aux vaccins en proposant un éventail de dispositifs adaptés aux personnes, à leurs conditions de vie et en accord avec elles**. Il est ainsi parfois nécessaire d'envisager des équipes mobiles vaccinatrices, d'accompagner à la prise de rendez-vous en ligne, par téléphone ou au centre de vaccination, de systématiser l'interprétariat professionnel pour les personnes allophones et d'intégrer un circuit de vaccino-vigilance une fois les personnes vaccinées. Les conditions pour l'obtention du consentement éclairé des personnes doivent être garanties préalablement.
- MdM recommande **l'utilisation préférentielle, pour les populations en situation de précarité et de promiscuité les plus stabilisées sur leur lieu de vie (garantie de recevoir une seconde dose), des vaccins à ARNm en raison de leur efficacité sur la transmission de la Covid-19.**

La crise et les mesures liées au confinement ont aussi généré chez les populations en situation de précarité encore plus d'angoisses et de stress. Par exemple, les retards de traitement des demandes de couverture maladie envoyées avant le confinement, la fermeture des structures d'accompagnement pour l'ouverture des droits, le tout numérique pour accéder aux droits ont été vécues par les personnes migrantes comme de véritables situations de violences administratives ou institutionnelles. L'incertitude perpétuelle dans laquelle se sont retrouvés notamment les demandeurs d'asile a été particulièrement dévastateur pour leur santé mentale en 2020 : 13 % d'entre eux présentaient des troubles d'ordre psychologique contre 7 % pour les autres étrangers reçus dans les Caso.

Les mineurs non accompagnés (MNA) n'ont pas été épargnés par les conséquences de la pandémie de la Covid-19. **Une étude menée par le programme MNA de MdM à Paris a montré que 70 % des jeunes ont exprimé un sentiment de peur ou d'anxiété et 75 % un sentiment de solitude dès la première semaine du confinement.** Le confinement a pu également réactiver des traumatismes passés tels que le sentiment d'abandon, selon les psychologues.

Concernant **la santé mentale des mineurs non accompagnés (MNA)**, la première urgence est de répondre aux besoins primaires de tout jeune se déclarant MNA, en garantissant :

- Une mise à l'abri immédiate et incondicional permettant d'offrir un temps de répit préalable à l'évaluation de l'isolement et de la minorité.
- Un bilan de santé somatique et psychologique systématique ainsi qu'une ouverture immédiate des droits à une couverture santé (et maintien des droits jusqu'à ce qu'une décision judiciaire définitive statue sur l'admission dans les dispositifs de la protection de l'enfance).

- Une évaluation de la minorité et de l'isolement bienveillante et objective⁴ – tout examen médico-légal visant à déterminer l'âge des MNA doit être interdit.
- L'ouverture de lieux d'accueil offrant une information sur les droits et une consultation médicale et psychologique pour le repérage des situations d'urgence.
- Le renforcement et l'adaptation des structures de prise en charge en santé mentale de droit commun.
- La promotion et le financement de l'interprétariat professionnel dans les dispositifs de droit commun.

Un enjeu majeur de la crise sanitaire est le repérage des personnes touchées par la Covid-19 parmi celles qui sont les plus éloignées du soin et qui ont donc moins accès à un professionnel de santé. Pour répondre à la crise sanitaire en 2020, MdM a multiplié les interventions de prévention et/ou de continuité des soins dans les lieux de vie déjà connus de l'association et dans de nouveaux sites tels que des foyers ou des structures d'hébergement d'urgence. Interventions, qui pour certaines, se sont inscrites dans la réponse de droit commun. Deux dispositifs principaux à destination des publics en situation de précarité ont été tardivement mis en œuvre par la plupart des Agences régionales de santé (ARS) : **des équipes mobiles sanitaires (EMS)** pour repérer, évaluer et orienter les personnes à la rue, en habitat précaire ou en centre d'hébergement touchées par la Covid-19 d'une part ; et des **centres d'hébergement spécialisés (CHS) ou « centres de desserrement »** d'autre part accueillant les personnes sans domicile affectées par le virus, mais ne présentant pas de complication. **Les stratégies successives gouvernementales pour lutter contre la propagation du virus⁵ ont rencontré plusieurs obstacles à l'adhésion et la participation des personnes en situation de précarité.** Elles ont montré, dans leur mise en œuvre et dans certains territoires, une discordance et un manque d'anticipation : saturation des lieux de dépistage, retards dans la délivrance des résultats, méfiance et réticence des personnes à l'égard du dépistage et *in fine* une sous-utilisation des centres de desserrement pour les personnes testées positives à la Covid-19 et, enfin, une faible intégration de la médecine de ville dans la prise en charge lors de la première vague.

ACCÈS AUX DROITS

Le premier confinement a commencé tout juste trois mois après l'adoption d'une réforme très régressive sur les droits de santé des étrangers fin 2019, instaurant notamment des délais de carence de trois mois pour les demandeurs d'asile et les personnes en situation irrégulière avant d'accéder à une couverture maladie. Malgré la situation exceptionnelle, le gouvernement a poursuivi en 2020 la mise en œuvre de cette réforme impliquant un recul sans précédent de l'accès aux droits et donc aux soins des étrangers en situation administrative irrégulière

et régulière. Toutes ces nouvelles règles sont génératrices d'une grande complexité, pour les personnes elles-mêmes mais également pour celles qui les accompagnent dans leurs démarches. **Rappelons qu'en 2020, 70,1 % des personnes reçues dans les Caso n'avaient pas de couverture maladie effective alors qu'elles y avaient théoriquement droit⁶ ; et parmi uniquement les personnes relevant théoriquement de l'AME, 81,8 % n'avaient aucune couverture maladie.**

L'année 2020 a été marquée par **trois temps (confinement, déconfinement, deuxième confinement) associés à des réglementations aux orientations différentes dans l'accès aux droits et pas nécessairement à la hauteur des enjeux de santé publique.** En outre, si des mesures nationales facilitatrices pour l'accès aux droits ont été mises en place pendant le premier confinement, des informations et des pratiques inégales selon les territoires ont été observées par les équipes de MdM. Le bilan de ces mesures et leur impact sur l'accès aux droits est assez contrasté et des difficultés ont été, malgré tout, observées par les équipes de MdM durant l'année (perte de dossiers de demande de couverture maladie avant le confinement, manque d'informations, difficultés à orienter les personnes vers les structures de droit commun, fermetures de ces dernières ou fonctionnement avec des horaires réduits, adresses mails non fonctionnelles, accompagnement à distance et dérives d'une dématérialisation excessive pour les personnes). Les équipes de MdM ont pu globalement constater un plus grand isolement des personnes, de plus grandes difficultés d'accès aux droits et aux structures, des phénomènes de découragement et de non-recours ou de rupture des soins, mais aussi d'épuisement.

MdM demande :

- **L'intégration des bénéficiaires de l'AME dans la sécurité sociale.**
- Dans l'attente, l'abrogation des mesures concernant l'AME et plus largement les droits de santé des étrangers adoptées fin 2019.
- **La pérennisation des mesures visant à faciliter et simplifier l'accès au droit des personnes adoptées pendant la crise sanitaire**, sur le plan de la réglementation ou de l'organisation.
- **Des moyens suffisants afin que l'Assurance maladie puisse organiser correctement l'accueil physique** sans rendez-vous des personnes déposant leur dossier de demande de droits, *a fortiori* dans la perspective de l'obligation de dépôt physique en caisse par les demandeurs d'AME, conformément à ce que recommande le DDD pour l'ensemble des services publics.
- **La gratuité réelle et totale⁷ de la ligne téléphonique de l'Assurance maladie**, le 3646, désormais de plus en

(4) Pour s'assurer que le jeune se présentant comme MNA relève bien du dispositif de la protection de l'enfance, les services des départements évaluent sa situation afin de déterminer sa minorité et sa situation d'isolement. Alors que la loi prévoit une évaluation du danger dans lequel se trouve le jeune, seule l'évaluation de l'âge et de l'isolement est prise en compte.

(5) Les stratégies successives gouvernementales « tester-isoler-tracer » et « tester-alerter-protéger ».

(6) MdM ne se substitue pas au droit commun et lorsque la personne dispose d'une couverture maladie, MdM oriente, dans la mesure du possible, les personnes rencontrées vers les structures de droit commun existantes.

(7) Y compris pour les numéros appelant au moyen d'une carte téléphonique prépayée.

plus incontournable pour toutes les démarches ; son coût actuel représente une véritable barrière à l'accès aux droits des personnes en précarité.

- **A minima, une carte vitale pour les demandeurs d'asile et les bénéficiaires de l'AME.**
- **Le renforcement de l'État dans les moyens qu'il se donne pour négocier des prix des médicaments justes et transparents** tout en assurant l'application effective des flexibilités prévues dans le droit de la propriété intellectuelle pour protéger la santé publique, tant au niveau national (par la licence d'office) que par des coopérations européennes et internationales.
- **Une réforme des modèles de recherche et développement pour mettre fin aux abus de brevets et monopoles dans le cycle de l'innovation** et mieux prendre en compte et valoriser la recherche publique.
- **Une réforme de la politique industrielle actuelle afin de permettre l'émergence d'une politique fondée sur les besoins** des territoires et la soutenabilité des systèmes de santé publique, sur le transfert de technologies, le partage de connaissances et la coopération entre les nations.

ACRONYMES

ACF	Action contre la faim	Ofii	Office français de l'immigration et de l'intégration
AME	Aide médicale d'État	OMS	Organisation mondiale de la santé
ARS	Agence régionale de santé	Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
C2S	Complémentaire santé solidaire	PMI	Protection maternelle et infantile
Caso	Centre d'accueil, de soins et d'orientation	PUMa	Protection universelle maladie
CAU	Collectif des associations unies	SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2
CCAS	Centres communaux d'action sociale	SI	Solidarité internationale
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic	SIAO	Service intégré de l'accueil et de l'orientation
Cnam	Caisse nationale de l'assurance maladie	SSR	Santé sexuelle et reproductive
CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'homme	TdS	Travailleuses-eurs du sexe
Covid-19	Coronavirus Disease 2019	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
CP	Communiqué de presse		
Cpam	Caisse primaire d'assurance maladie		
CRF	Croix Rouge Française		
DDD	Défenseur des droits		
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale		
Dihal	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement		
DPI	Dossier patient informatisé		
DSSR	Droits et santé sexuels et reproductifs		
DSUV	Dispositif de soins urgents et vitaux		
EHA	Eau, hygiène et assainissement		
EMS	Équipe mobile sanitaire		
FAP	Fondation Abbé Pierre		
FAS	Fédération des acteurs de la solidarité		
HAS	Haute autorité de santé		
HCSP	Haut conseil de la santé publique		
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques		
MdM	Médecins du Monde		
MNA	Mineur non accompagné		
Odenore	Observatoire des non-recours aux droits et services		
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers		



LES PROGRAMMES FRANCE

EN 2020

LES PROGRAMMES FRANCE EN 2020

Les équipes de Médecins du Monde (MdM) interviennent en France depuis 1986. À cette date, l'association a ouvert un centre de soins gratuits pour les plus démunis à Paris avec la volonté de le fermer dans les six mois en alertant les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion pour obtenir leur accès inconditionnel aux soins.

Plus de trente ans plus tard, malgré la mise en place de nombreux dispositifs publics pour les populations précaires, les obstacles à l'accès aux droits et aux soins perdurent et incitent MdM à maintenir ou développer des programmes sur l'ensemble du territoire sous la forme de centres d'accueil, de soins et d'orientation/accompagnement (Caso/Caoa) mais également d'interventions mobiles de proximité.

En 2020, Médecins du Monde France mène 56 programmes répartis sur 29 sites dans l'Hexagone et dans les départements et territoires d'Outre-mer de la Réunion, Mayotte et Guyane.

14

14 CENTRES FIXES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO)⁸ DONT 1 CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA) ET 1 DISPOSITIF PASS DE VILLE MISE EN ŒUVRE PAR LE CASO DE MARSEILLE

Les Caso/Caoa offrent un accueil médico-social à toute personne en difficulté d'accès aux droits, à la prévention et aux soins en France. Ce sont des structures de facilitation pour les personnes en grande difficulté ou en situation d'exclusion qui ne connaissent pas leurs droits ou qui ne parviennent pas à les faire valoir.

Elles accueillent le public sans condition et offrent la possibilité de consultations gratuites et majoritairement sans rendez-vous. Les personnes rencontrent différents professionnels de santé pour une consultation ou une évaluation médicale avant d'être orientées vers les structures de droit commun adaptées dès que cela est possible. Elles peuvent également être accompagnées dans leurs démarches d'accès aux droits. Les Caso/Caoa proposent notamment des soins infirmiers, des consultations médicales, de l'information sur la prévention des maladies infectieuses ou du dépistage

spécifique pour certaines pathologies. Les parcours d'exil pouvant générer souffrances physiques et psychiques, et les conditions de vie précaires étant particulièrement délétères pour la santé psychique, une prise en charge psychosociale et de santé mentale peut être proposée.

En 2019, le Caso de Marseille a mis en œuvre un **dispositif Pass de ville** avec pour objectif son transfert vers le droit commun. Ce dispositif ponctuel s'est poursuivi en 2020 et permet aux personnes qui n'ont pas de couverture maladie d'être soignées sans qu'elles soient facturées. Prises en charge par des médecins de ville, les personnes peuvent ainsi bénéficier d'un parcours de soins complet (pharmacie, laboratoire, radiologie, etc.), sans en avancer les frais, le temps d'obtenir une couverture maladie.

En 2020, les Caso ont adapté leurs interventions en fonction des stades de l'épidémie et/ou ont mis en place des actions d'« aller-vers » auprès des populations exclues et éloignées du système de santé.

1 PROGRAMME TRANSVERSAL DE PRÉVENTION EN DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS (DSSR) ET 1 PROGRAMME EN DSSR EN PAYS DE LA LOIRE (4i)⁹

MdM a développé depuis 2003 un **programme transversal de prévention du VIH, des hépatites, des infections sexuellement transmissibles (IST) et de la tuberculose** afin de renforcer la prévention, d'améliorer l'accès aux dépistages et de faciliter l'accès aux soins des personnes accueillies. En 2020, MdM a adopté la définition élargie des droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR) proposée par la Commission Guttmacher Lancet¹⁰ et souhaite ainsi affirmer l'importance de garantir à chacun et chacune une vie sexuelle autonome, satisfaisante et sans danger, ainsi qu'un respect de ses droits en la matière. Les équipes continuent ainsi à être sensibilisées à l'approche genre afin d'aborder spécifiquement certains problèmes de santé comme le **dépistage des violences liées au genre**. Des programmes s'investissent également dans le **dépistage des cancers gynécologiques, l'information concernant la contraception ou le suivi de grossesse**. Par une approche communautaire intégrant les personnes concernées, certains programmes réalisent des **séances ou actions collectives de promotion**

(8) Afin de faciliter la lecture, le terme de Caso est utilisé tout au long du rapport mais concerne bien les données collectées au sein des Caso et du Caoa de Paris.

(9) Lieux de vie instables, insalubres, indignes et/ou informels, comprenant squats, bidonvilles, rue, hébergement chez des tiers, hôtel 115 ou centre d'hébergement d'urgence.

(10) « La santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, affectif, mental et social, concernant tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Ainsi, une approche positive de la sexualité et de la reproduction doit reconnaître le rôle joué par les relations sexuelles sources de plaisir, la confiance et la communication dans la promotion de l'estime de soi et du bien-être général. Chaque personne a le droit de prendre les décisions qui concernent son corps et d'accéder à des services qui appuient ce droit » (Rapport de la Commission Guttmacher-Lancet, Accélérer le progrès, santé et droits sexuels et reproductifs pour tous, 2018).

de la santé sur des thématiques choisies avec notamment la création d'un programme à Nantes ayant pour objectif de renforcer l'accès et la qualité de l'offre en DSSR des personnes vivant dans des lieux de vie instables, insalubres, indignes et/ou informels (lieux 4i) dans une démarche de promotion de la santé en Pays de la Loire.

4 PROGRAMMES INTERVENANT SPÉCIFIQUEMENT SUR LES ENJEUX DE MIGRATIONS, EXIL, DROITS ET SANTÉ (MEDS) ET 1 PROJET DE PLAIDOYER AUPRÈS DES INSTANCES EUROPÉENNES À STRASBOURG

MdM mène des programmes auprès des personnes migrantes (à la frontière franco-italienne, à Paris, sur le littoral des Hauts-de-France à Calais/Grande-Synthe/Dunkerque et près de Marseille, à la Fare-les-Oliviers). Début 2017, une coordination de plusieurs associations s'est également mise en place (la CAFI⁽¹¹⁾), avec l'objectif de mutualiser les connaissances et les outils pour faire cesser les violations des droits des personnes réfugiées et migrantes aux frontières. En outre, un projet de plaidoyer est mené auprès des instances européennes et plus spécifiquement auprès du Conseil de l'Europe à Strasbourg comprenant deux axes prioritaires que sont la migration et la DSSR.

18 PROGRAMMES EN SANTÉ ENVIRONNEMENT (AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES À LA RUE ET MAL LOGÉES)

À la rue ou dans les centres d'hébergement et d'accueil de jour, les équipes assurent des accompagnements dans les démarches administratives, des veilles sanitaires, des consultations médicales, du soutien psychosocial et de la médiation en santé. Elles informent et sensibilisent également les acteurs médicaux et sociaux sur les problématiques de l'habitat précaire. Elles montrent l'effet du sans-abrisme sur la santé et témoignent des difficultés rencontrées par les personnes concernées pour faire valoir leurs droits et accéder aux soins. Des programmes interviennent également dans les squats et bidonvilles pour proposer un accès aux soins et aux droits aux habitants, les orienter vers des structures de santé – avec une attention particulière sur la santé des femmes et des enfants. Des médiateurs en santé travaillent notamment avec les partenaires associatifs et de droit commun pour améliorer la prise en charge des habitants des bidonvilles et renforcer ainsi leur capacité à recourir aux soins et aux droits de façon autonome. En 2020, plusieurs délégations se sont fortement mobilisées pour contribuer à l'amélioration des conditions de vie des habitants de squats et bidonvilles. La dangerosité de l'habitat indigne s'est accentuée avec la crise sanitaire : faute d'accès à l'eau et à l'hygiène, les habitants se retrouvent en difficulté pour appliquer les gestes barrières.

5 PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES (RDR) (LIÉS AUX USAGES DE DROGUES ET/OU AU TRAVAIL DU SEXE)

MdM intervient auprès des travailleuses-eurs du sexe (TdS) à travers quatre programmes dans trois villes (Montpellier, Paris et Rouen). Ces programmes visent à renforcer les connaissances et capacités des personnes en matière de Rdr et de SSR, à favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes dans le système de droit commun au travers d'interventions en unité mobile et en accueil de jour, et à promouvoir l'implication communautaire. Un programme national de prévention permettant de favoriser l'accès à la justice et aux services de santé pour les TdS victimes de violences (programme Jasmine) est également porté par MdM.

Enfin MdM a poursuivi le transfert du programme « XBT » (Xénobiotrope). Créée en 1999, ce programme a pour objectif de développer un dispositif global d'analyse de drogues comme outil de Rdr sur tout le territoire. La formalisation de pôles régionaux coordonnés par la mission XBT au niveau national a débuté en 2010 par l'Île-de-France. Aujourd'hui, elle compte plus de 50 partenaires répartis dans toute la métropole. Ce dispositif propose aux personnes consommatrices de psychotropes de faire analyser leurs produits, avant et/ou après consommation, dans une approche de Rdr. Le programme a été transféré à la Fédération Addiction, l'association Charonne-Oppélia, Sida Paroles début 2021.

2 PROGRAMMES AVEC LES PERSONNES PLACÉES SOUS-MAIN DE JUSTICE

Depuis 2014, MdM intervient dans une démarche communautaire au centre pénitentiaire de Nantes pour promouvoir la santé et améliorer l'accès à la santé des personnes incarcérées. De plus, MdM travaille en étroite collaboration avec tous les ministères concernés sur l'élaboration d'un projet expérimental à Marseille d'alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif (Aïlsi) comprenant notamment un volet recherche et proposant en amont de la détention un dispositif d'alternative à l'incarcération pour les personnes à la rue présentant des troubles psychiatriques sévères.

3 PROGRAMMES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS (MNA)

Dès 2015, un programme spécifique en direction des mineurs non accompagnés (MNA) a été mis en place à Paris pour les accompagner dans leurs démarches. Puis deux autres programmes spécifiques MNA ont été développés, en Normandie (Caen et Rouen) et à Nantes au cours de l'année 2016. En 2020, les programmes spécifiques MNA concernent Paris, Caen et Nantes. Les équipes accompagnent les MNA afin de leur offrir une écoute bienveillante en leur proposant des espaces de répit et d'écoute, un accès aux soins et une aide à la reconnaissance de leurs droits.

(11) Il s'agit de la coordination d'actions aux frontières intérieures (CAFI) auprès des migrants qui est composée des associations suivantes : Amnesty International France, La Cimade, MSF France, Secours Catholique et MdM France.

3 PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN ZONES RURALES ET URBAINES

MdM développe deux programmes s'attachant à améliorer l'accès aux droits et à la santé des personnes en situation de précarité en milieu rural dans les Combrailles (Puy-de-Dôme) depuis 2013 et dans la Haute Vallée de l'Aude depuis 2016. **Dans les Combrailles**, à travers la médiation en santé, le programme vise à favoriser et faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité vivant en milieu rural. La médiation intervient comme une passerelle entre les populations ayant des difficultés d'accès aux soins et les dispositifs médico-sociaux présents sur le territoire. **En 2020**, le programme a transféré une partie de ses activités à des acteurs locaux de santé. **Dans la Haute Vallée de l'Aude**, MdM facilite l'autonomie des personnes en situation de précarité dans leur accès à la santé. L'équipe y propose des permanences médico-sociales accessibles à tous ainsi que des actions mobiles vers les personnes les plus éloignées de la santé tout en les adaptant à la crise sanitaire.

Un programme d'accès aux soins et aux droits en zone urbaine sensible a également été ouvert à Lille en 2015, dans une approche d'« aller-vers » avec/auprès des personnes en rupture d'un parcours de santé comprenant accompagnement, travail conjoint sur les principaux obstacles qu'elles peuvent rencontrer et mobilisation des acteurs du droit commun et associatifs, dans un objectif de renforcement de leurs capacités individuelles et collectives. En 2020, le programme a poursuivi ses activités d'« aller-vers » en les adaptant à la crise sanitaire. Ces dernières ont notamment évolué par la mise en place de maraudes socio-sanitaires afin de maintenir une proximité et une continuité tout en informant les personnes sur l'épidémie de la Covid-19. La fermeture du programme a été enclenchée en avril 2021.

DAS (dépistage annonce suivi) /EVAD (équipe de visites à domicile) permettant le suivi et l'accompagnement des patients et des personnes contacts. Le programme a aussi été marqué par la création d'un pool de médiateurs pairs en santé, déployés tant sur les activités de MdM que sur celles des partenaires opérationnels.

3 PROGRAMMES « OUTRE-MER »

Dans l'Océan Indien, **MdM est présent à travers deux programmes** à Mayotte et La Réunion. **À Mayotte**, le programme dispense des consultations médicales, infirmières et sociales (ouverture de droits) en lieu fixe et en mobile. Il mène notamment des actions de prévention en santé dans le bidonville de Kawéni et oriente également vers les structures de droit commun quand cela est possible. En 2020, au vu du contexte lié à la pandémie du SARS-CoV-2 (Covid-19), l'équipe a mis en place des maraudes visant à proposer un accès à l'information, à la sensibilisation, et au dépistage, avec prescription de masques, suivi et conseils médicaux, aux populations isolées et éloignées du soin dans plusieurs quartiers et communes de l'île. **Sur l'île de la Réunion**, l'équipe a, quant à elle, démarré, en mai 2020, une mission exploratoire sur l'impact du mal-logement sur la santé avec parallèlement la mise en place d'actions de prévention/sensibilisation en lien avec la crise sanitaire.

En Guyane, en 2020, l'équipe MdM a mis en place un projet d'urgence « Covid-19 » avec des Équipes mobiles sanitaires (EMS) et des maraudes de prévention et d'information dans les quartiers d'habitats informels, ainsi que le dispositif



MÉDECINS DU MONDE COMPTE EN FRANCE EN 2020

56 PROGRAMMES MENÉS PAR
1 487 BÉNÉVOLES ET 135 SALARIÉS DANS 29 SITES

15 14 CENTRES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO)
DONT 1 CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION
ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA) ET 1 DISPOSITIF PASS DE VILLE
MIS EN ŒUVRE PAR LE CASO DE MARSEILLE

18 PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES NON OU MAL LOGÉES
(PERSONNES ISOLÉES À LA RUE ET/OU MAL LOGÉES, PERSONNES
VIVANT EN SQUATS OU EN BIDONVILLES)

5 PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES USAGERS
DE DROGUES (1 PROGRAMME) ET DES TRAVAILLEUSES-EURS
DU SEXE (4 PROGRAMMES)

5 4 PROGRAMMES AUPRÈS DES MIGRANTS SUR LE LITTORAL
DU NORD-PAS-DE-CALAIS, À LA FRONTIÈRE FRANCO-ITALIENNE,
À PARIS ET PRÈS DE MARSEILLE AINSI QU'1 PROJET DE PLAIDOYER
AUPRÈS DES INSTANCES EUROPÉENNES À STRASBOURG (MIGRATION
ET DSSR)

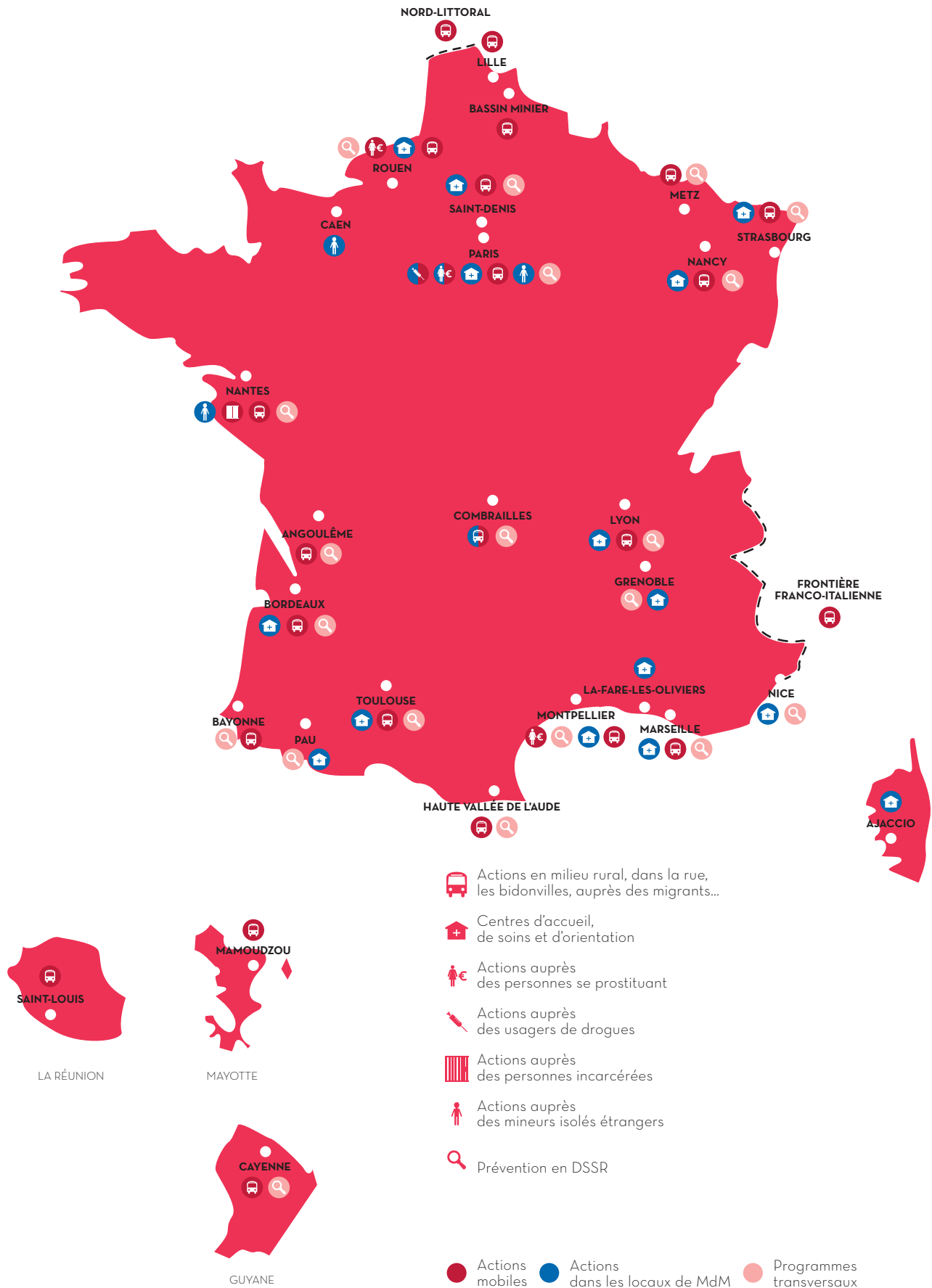
3 PROGRAMMES AUPRÈS DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS À CAEN,
NANTES ET À PARIS

3 PROGRAMMES OUTRE-MER À MAYOTTE, SUR L'ÎLE DE LA RÉUNION
ET EN GUYANE

3 PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN MILIEU
RURAL (DANS LE PUY-DE-DÔME ET DANS LA HAUTE VALLÉE
DE L'AUDE) ET EN ZONE URBAINE SENSIBLE À LILLE

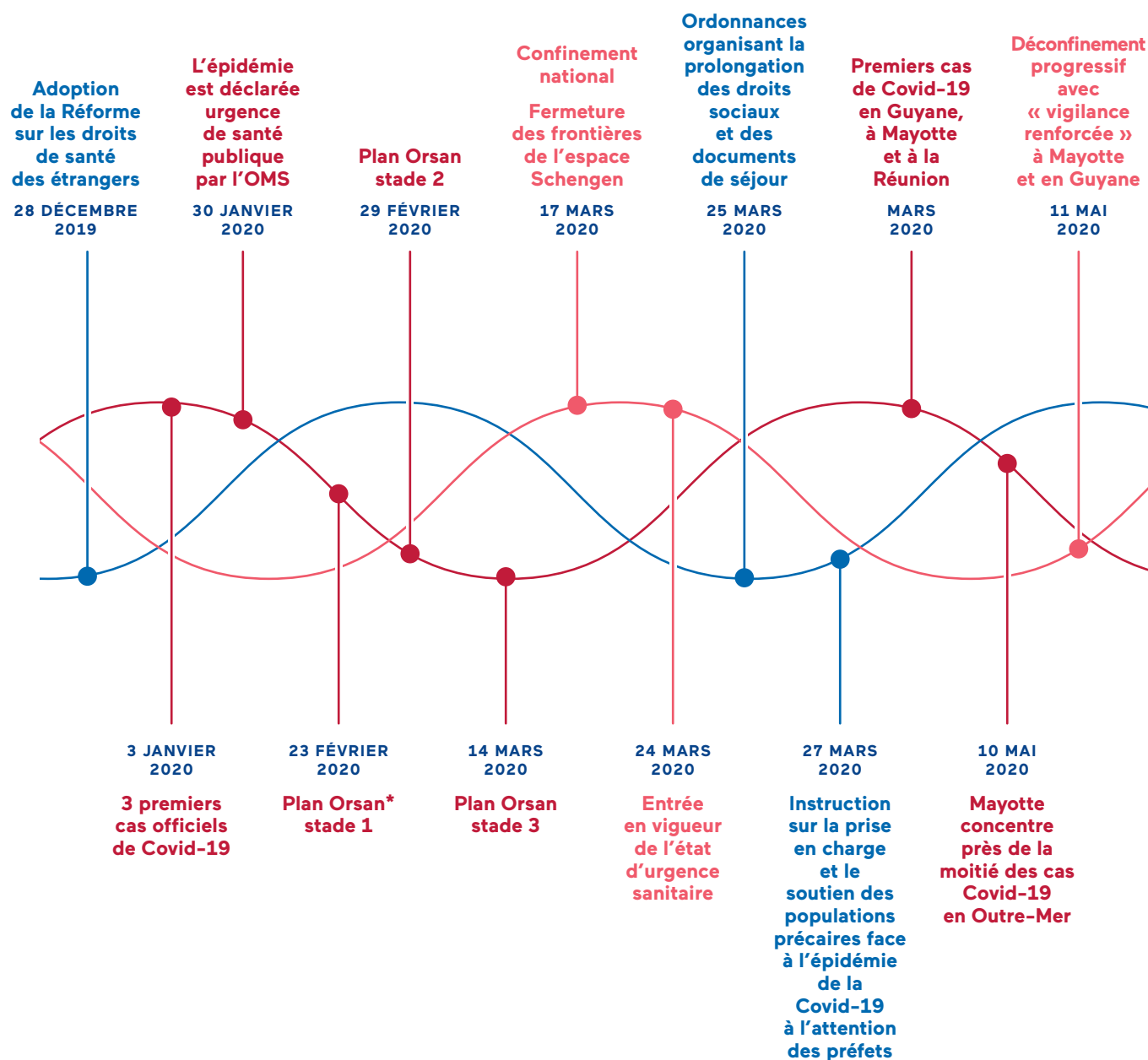
2 PROGRAMMES AVEC LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN
DE JUSTICE À MARSEILLE ET NANTES

2 1 PROGRAMME TRANSVERSAL DE PRÉVENTION EN DSSR
ET 1 PROGRAMME DSSR EN PAYS DE LA LOIRE



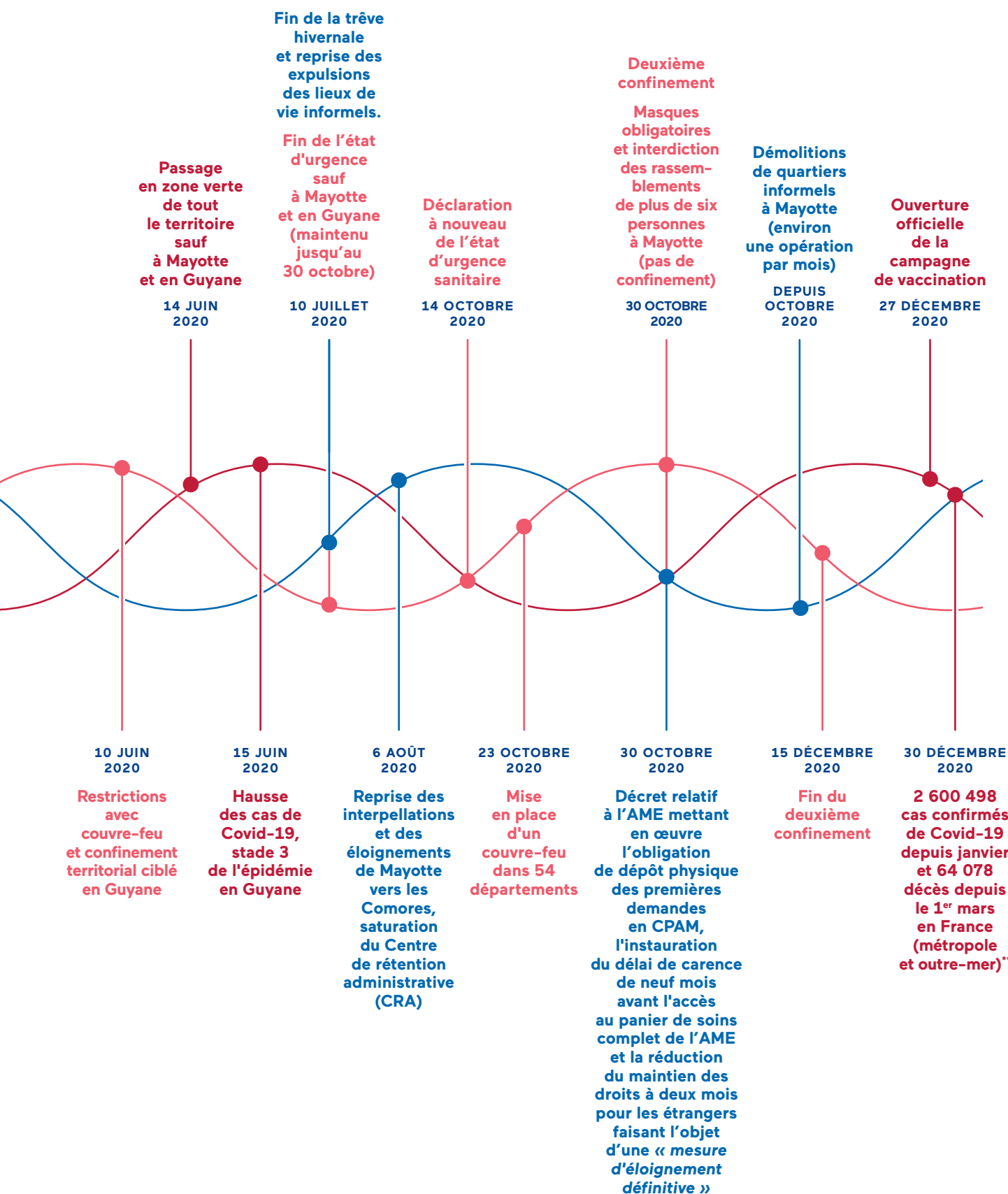
2020

EN QUELQUES DATES CLÉS



- ÉTAT SANITAIRE
- ÉTAT DES LIBERTÉS
- ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

(*) Ce dispositif d'organisation du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle est élaboré par les Agences régionales de santé et mis à disposition des préfets. Il a vocation à adapter les parcours de soins des patients et à déterminer les mesures nécessaires pour que le système de santé puisse s'adapter lors de la survenue d'un événement. Il repose notamment sur la mobilisation des établissements de santé, qui peuvent activer leur plan blanc.



(**) Selon Santé Publique France.

COVID-19 : CHIFFRES CLÉS DES ACTIVITÉS DE MDM AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ EN 2020¹

PROGRAMMES CASO²

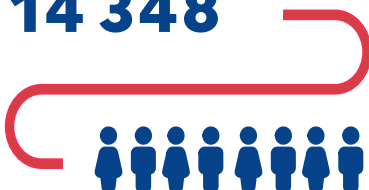
NOMBRE DE CASO :

14



NOMBRE DE PATIENTS
ACCUEILLIS DANS LES CASO :

14 348



NOMBRE DE CONSULTATIONS
(médicales générales
et spécialistes, dentaires,
paramédicales,
de prévention,
entretiens sociaux
et accompagnements
physiques, etc.)

30 635



PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES MISES EN PLACE LORS DE LA FERMETURE OU DE L'ADAPTATION
DES ACTIVITÉS DES CASO

PRÈS DE :



1 950

permanences
téléphoniques
médicales

1 700

permanences
téléphoniques
sociales

280

permanences
téléphoniques
psychologiques/
psychiatriques

1 100

autres activités
(entretiens
juridiques,
orientation/
information,
domiciliation,
etc.)

RÉORIENTATION DES ACTIVITÉS DES CASO VERS DES ACTIVITÉS DITES D' « ALLER-VERS »

PRÈS DE :



20 LIEUX/SITES D'INTERVENTION (PRINCIPALEMENT
BIDONVILLES, CAMPEMENTS ET STRUCTURES
D'HÉBERGEMENT)

95 SORTIES/MARAUDES

450 CONTACTS

300 CONSULTATIONS MÉDICALES OU PARAMÉDICALES

285 AUTRES (DISTRIBUTION DE KITS D'HYGIÈNE COVID-19, ETC.)

(1) Données transmises par les programmes France de MdM entre mars et décembre 2020 (non exhaustives). Les périodes de collecte des données peuvent différer selon les activités mises en place et les programmes. Les équipes de MdM se sont (ré)organisées autour de modalités d'intervention multiples qui ont pu coexister dans une même région.

(2) Données collectées dans le dossier patient informatisé (DPI) utilisé par les 14 Caso.

PROGRAMMES D'« ALLER-VERS »

PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES MISES EN PLACE LORS DE L'ADAPTATION DES ACTIVITÉS DES PROGRAMMES D'« ALLER-VERS »

PRÈS DE :



480

permanences
téléphoniques
médicales/sociales

70

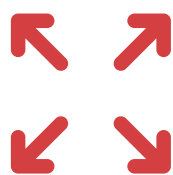
permanences téléphoniques
psychologiques/
psychiatriques

720

autres activités (médiation,
prévention, orientation/
information, etc.)

MAINTIEN DE LA CONTINUITÉ DES ACTIVITÉS RÉGULIÈRES DE MDM AVEC DES MODALITÉS ADAPTÉES

PRÈS DE :



190

LIEUX/SITES D'INTERVENTION (BIDONVILLES/CAMPEMENT, SQUAT, HÔTEL/CHS, DOMICILE DES PERSONNES, STRUCTURES D'HÉBERGEMENT/FOYERS, MILIEU CARCÉRAL, AUPRÈS DES PERSONNES À LA RUE, DES TDS).

1 900

SORTIES/MARAUDES

29 720

CONTACTS

7 700

CONSULTATIONS MÉDICALES OU PARAMÉDICALES

3 310

AUTRES ACTIVITÉS (PRÉVENTION/FORMATION/SENSIBILISATION, SUIVI SOCIAL, MÉDIATION EN SANTÉ, DISTRIBUTION DE KITS D'HYGIÈNE, ETC.)

PROGRAMMES MNA

PRÈS DE :

1 850

PERMANENCES
TÉLÉPHONIQUES MÉDICALES,
PARAMÉDICALES, SOCIALES,
SOCIO-JURIDIQUES, PARCOURS
SOINS, RENFORCEMENT
PSYCHO-SOCIAL

830

PERMANENCES
TÉLÉPHONIQUES
PSYCHOLOGUES/
PSYCHIATRIQUES

23

DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES COVID

PARTICIPATION ET/OU COORDINATION PAR MDM DES DISPOSITIFS NATIONAUX COMME LES ÉQUIPES MOBILES SANITAIRES (EMS) CRÉÉS PAR LES ARS ET CONSTITUÉES DE MÉDECINS, D'INFIRMIERS, DE MÉDIATEURS EN SANTÉ ET QUAND CELA ÉTAIT NÉCESSAIRE, D'INTERPRÈTES PROFESSIONNELS.

PRÈS DE :



270

LIEUX/SITES
D'INTERVENTION

1 290

SORTIES/MARAUDES

11 750

CONTACTS

3 900

CONSULTATIONS MÉDICALES
OU PARAMÉDICALES

1 180

AUTRES ACTIVITÉS (SUIVI
SOCIAL, ENTRETIEN
PRÉVENTION COVID-19, ETC.)

OPÉRATIONS DE TESTING

NOMBRE D'OPÉRATIONS
DE TESTING COVID-19 :

41

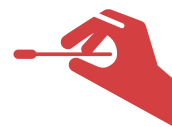
DONT 38 AVEC UN PARTENAIRE

NOMBRE TOTAL DE PERSONNES TESTÉES :

1 546

NOMBRE TOTAL DE CAS DE COVID-19 :

372





L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE

SUR LES PERSONNES
EN SITUATION
DE PRÉCARITÉ

1. L'HÉBERGEMENT FACE À LA CRISE

LES POINTS ESSENTIELS

→ Près de 30 % des personnes reçues dans les Caso de MdM en 2020 vivent dans

des conditions de grande précarité, dans des bidonvilles, des squats, à la rue ou dans des hébergements d'urgence de courte durée. Quant aux autres personnes reçues dans les Caso, la situation reste instable avec six personnes sur dix indiquant être hébergées, la moitié d'entre elles par de la famille ou des amis. Seules 9,1 % avaient un logement personnel en pleine période de crise sanitaire.

→ Des places en hébergement ont été ouvertes pendant le premier confinement avec un maintien annoncé jusqu'en mars 2022. Malgré l'ouverture massive de places, les dispositifs restent saturés et les difficultés pour y accéder persistent.

→ Manque de visibilité pour les personnes hébergées à chaque « échéance » liée à l'état d'urgence sanitaire.

→ À l'exception de la frontière britannique, les expulsions de campements et bidonvilles ont été interrompues pendant le premier confinement. Elles sont reparties dès le mois de juillet 2020 avec parfois plus d'intensité, selon les territoires.

→ De nombreuses structures d'hébergement collectives n'étaient pas en capacité d'offrir des modalités d'organisation permettant le respect des gestes barrières et une protection contre le virus. Selon l'étude « PréPreC » de MSF réalisée en Île-de-France, la séroprévalence de l'infection liée au virus de la Covid-19 s'était révélée très élevée chez les personnes en situation de précarité.

Le 30 janvier 2020, l'organisation mondiale de la santé (OMS) déclare que le nouveau virus SARS-CoV-2¹⁴, plus connu sous le terme de la Covid-19, constitue une urgence de santé publique de portée internationale¹⁵.

L'état d'urgence et les mesures de confinement pour endiguer l'épidémie et la crise sanitaire sont venus bouleverser les vies sociales, individuelles et économiques et plus particulièrement celles des personnes en situation de précarité [Légifrance, mars 2020]. Notamment, à l'entrée dans la crise, le secteur de l'hébergement traversait une situation particulièrement dégradée depuis plusieurs années, la plupart des acteurs de la solidarité ayant décrit un système « embolisé » [Sénat, 2016 ; FAP, 2021]. Près de 30 % des personnes reçues dans les Caso de MdM en 2020 vivaient dans des conditions de grande précarité, dans des bidonvilles, des squats, à la rue ou dans des hébergements d'urgence de courte durée¹⁶. Quant aux autres personnes reçues, la situation restait instable avec six personnes sur dix indiquant être hébergées, la moitié d'entre elles par de la famille ou des amis. Seules 9,1 % avaient un logement personnel en pleine période de crise sanitaire (tableau 1).

Les dispositifs d'hébergement d'urgence, souvent dégradés et chroniquement saturés, ne permettent pas à une grande partie des personnes précarisées d'y accéder dès lors que leur situation ne répond pas à des critères qui sont de plus en plus stricts. Ainsi, moins de la moitié des demandes au 115 a reçu une réponse positive en 2019, avec de fortes disparités selon les territoires [FAP, 2020]. Quand des solutions sont proposées, elles sont souvent inadaptées, avec un accompagnement social insuffisant et des durées de prise en charge limitées. MdM et ses partenaires associatifs alertent depuis longtemps sur l'obligation faite à l'État de permettre à toute personne sans abri et en situation de détresse d'accéder à un dispositif d'hébergement d'urgence¹⁷. Les appels ont semblé-t-il être entendus dès le premier confinement puisque des places en hébergement ont été ouvertes et leur maintien est annoncé jusqu'en mars 2022¹⁸. Malgré cette ouverture massive de places, les dispositifs restent saturés et les difficultés pour y accéder persistent. De plus, il est important que les personnes hébergées puissent par la suite avoir un logement pérenne et être accompagnées dans leurs démarches.

(14) Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ou syndrome respiratoire aigu sévère coronavirus 2 en français.

(15) Déclaration du Directeur général de l'OMS relative à la réunion du Comité d'urgence du RSI sur le nouveau coronavirus, 30 janvier 2020.

(16) Les données présentées dans ce rapport concernent les 14 Caso/Caoa. L'analyse des données 2020 et les principaux résultats ont été interprétés sous l'angle du contexte pandémique en lien avec la Covid-19 (cf. Annexe 1 sur la méthodologie du recueil de données dans les Caso).

(17) L'accueil inconditionnel des personnes sans-domicile s'inscrit dans l'article L345-2-2 du Code de l'action sociale et des familles : « toute personne sans abri et en situation de détresse médicale, psychique ET sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence ».

(18) CAU, Une bouffée d'air pour les personnes en hébergement d'urgence de vives inquiétudes sur le front des expulsions, 27 mai 2021.

L'URGENCE DE PROTÉGER LES PERSONNES À LA RUE OU MAL LOGÉES

En mars 2020¹⁹, le gouvernement interdit les rassemblements de plus de 100 personnes puis impose un confinement. Il est alors devenu urgent de proposer massivement des places d'hébergement aux personnes sans domicile, et d'éviter les remises à la rue de celles hébergées. Les équipes de MdM ont ainsi constaté un effort du gouvernement pour renforcer les dispositifs d'hébergement pendant le premier confinement. Près de 35 000 places supplémentaires ont été mobilisées pendant le premier confinement : le maintien des 14 000 places ouvertes pour la période hivernale pour deux mois supplémentaires²⁰, 17 000 places en hôtels ou dans des locaux mis à disposition à titre exceptionnel et

3 600 places en centres d'hébergement spécialisés [Henno, 2021]. Le gouvernement a également demandé aux préfets d'assurer la continuité du service public de l'hébergement²¹. Ces orientations vont dans le sens des constats de MdM pour qui les situations d'hébergement pour les personnes rencontrées se sont relativement améliorées pendant le premier confinement et jusqu'à la fin de la trêve hivernale (17 mars au 10 juillet 2020) : 64,8 % des personnes reçues dans les Caso étaient hébergées, 13,6 % disposaient d'un hébergement personnel et 15,3 % étaient sans domicile fixe, contre respectivement 60,5 %, 7,3 % et 23,5 % pendant la période avant crise (1^{er} janvier au 16 mars 2020). Cependant, après le 10 juillet 2020, la situation est peu à peu revenue au (dys)fonctionnement connu avant la crise, c'est-à-dire à une importante carence de l'offre par rapport aux besoins (tableau 1).

TABEAU 1 - SITUATION DU LOGEMENT (LORS DE L'ENTRETIEN D'ACCUEIL) DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO PAR PÉRIODE EN 2020⁽¹⁾.

	2020		01/01- 16/03	17/03- 10/07	11/07- 22/10	23/10- 31/12
Effectif (n)	5 918		3 048	777	1 252	848
% en colonne	n	%	%	%	%	%
Logement personnel	539	9,1	7,3	13,6	10,9	8,8
Hébergé(e)s	3 566	60,3	60,5	64,8	59,2	56,7
- Hébergé(e) par de la famille ou des amis	2 941	49,7	50,7	56,0	47,8	43,0
- Hébergé(e) par un organisme ou une association pour plus de 15 jours	512	8,7	7,8	7,0	9,3	12,2
- Hébergé(e) par un réseau/collectif militant/ hébergement solidaire	113	1,9	2,0	1,8	2,1	1,5
Squat, bidonville	456	7,7	7,6	6,0	7,5	9,9
- Occupant un logement sans bail	347	5,9	5,9	3,6	5,8	7,8
- Occupant un terrain sans droit	109	1,8	1,7	2,3	1,7	2,1
Sans domicile fixe	1 307	22,1	23,5	15,3	21,5	24,1
- Personne à la rue	1 034	17,5	18,0	11,3	17,7	20,6
- Hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins	273	4,6	5,5	4,0	3,8	3,4
Autre situation	50	0,8	1,1	0,3	1,0	0,5

Taux de réponse (parmi les personnes ayant eu un entretien d'accueil dans l'année) : Type de logement : 94,2 %.

(1) Données issues des personnes ayant réalisé un entretien d'accueil en 2020 selon la période.

(19) Public Sénat, « Coronavirus : le gouvernement interdit les rassemblements de plus de 100 personnes », 13 mars 2020.

(20) Instruction du 13 mars 2020.

(21) Instruction du 19 mars 2020.

UNE AUGMENTATION MALGRÉ TOUT INSUFFISANTE DU NOMBRE DE PLACES D'HÉBERGEMENT



Médecins du Monde
@MdM_France

20 h

Annonce d'un [#reconfinement](#) national pour lutter contre le [#Covid19](#).

20 h

2 300 personnes toujours à la rue au nord de Paris, à [#SaintDenis](#).

Leur toit ? Un échangeur de l'autoroute A1.

M. [@EmmanuelMacron](#), seraient-ce les « valeurs de la France » ?

Tous les besoins n'ont pas pu être couverts pendant la crise et les solutions proposées n'ont pas toujours reçu l'adhésion des personnes. Une enquête de Médecins sans Frontières (MSF) menée en juin 2020 dans quatorze lieux d'intervention en région parisienne (gymnases, lieux d'hébergement d'urgence, foyers de travailleurs migrants, etc.) a révélé une forte proportion de personnes vivant dans des lieux précaires en pleine période de crise sanitaire ; ainsi, « sur les 286 répondants hébergés en CHU au moment de l'enquête, 55,1 % dormaient dans un lieu précaire (rue, squat, campement, aéroport). Ils dormaient donc en dehors des structures d'accueil et dans des conditions ne permettant pas de vivre le confinement selon les règles sanitaires. » [MSF, 2020].

À Rouen, la préfecture a annoncé l'ouverture de 200 places, dont 70 places d'hébergement et 70 places en centres de « desserrement » (cf. page 51). Ces places ont été maintenues durant toute la période du confinement et ont permis de répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Cependant, malgré cela, 300 demandes de mise à l'abri sont restées sans solution d'après le Service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO). Beaucoup de personnes considérées comme non prioritaires n'ont pas eu de proposition d'hébergement compte tenu du manque de places disponibles.

À Toulouse, plusieurs mesures positives ont été prises durant le premier confinement : 250 places supplémentaires ouvertes en hôtel ou en internat, mise à disposition d'un camping et proposition de relogement aux personnes vivant dans des sites collectifs ayant des cas de Covid-19 avérés. Malgré ces dispositions, les besoins sont restés largement supérieurs à l'offre d'hébergement. Plus de 350

personnes seraient restées à la rue, selon les équipes de MdM, chiffre auquel s'ajoute celui des habitants des squats et bidonvilles. Ainsi, d'après le Collectif des associations unies (CAU), entre le 30 mars et le 5 avril 2020, 277 personnes sont restées sans solution d'hébergement malgré leurs appels au 115 [CAU, 2020]. En outre, ce chiffre ne comptabilise pas les demandes émanant des partenaires du 115 (Caarud, accueils de jour, maraudes, missions locales, etc.) et les solutions proposées n'étaient pas toujours adaptées à la situation des ménages et pouvaient même présenter des risques sanitaires. Dès le 10 juillet, date de la fin de l'état d'urgence sanitaire et de la trêve hivernale, les places d'hébergement ont rapidement fermé et les ressources humaines qui avaient été affectées au pôle hôtel du SIAO ont diminué pour revenir au fonctionnement antérieur à la crise sanitaire [Légifrance, juillet 2020].

En outre, ce n'est bien souvent que sous la pression des médias ou à l'issue de contentieux que les mises à l'abri ont été obtenues. Ce fut le cas par exemple à Aubervilliers (mars 2020) et à Saint-Denis (novembre 2020) où le gouvernement a dû, dans l'urgence, procéder à la mise à l'abri des personnes vivant dans ces campements. À Saint-Denis, entre 500 et 1 000 personnes sont néanmoins restées sans solution d'hébergement [Collectif de 31 organisations, 2020]²².

Concernant les MNA, aucun hébergement digne et adapté n'a été proposé à ceux en recours devant le juge des enfants, laissant des centaines d'enfants et adolescents non accompagnés à la rue : « Dans plusieurs villes de France, les hébergements concédés par les pouvoirs publics ne l'ont été qu'après que des avocats et associations ont eu à saisir la justice. À Paris, l'unique solution d'hébergement proposée l'a été après six semaines de confinement, dans un gymnase, inadapté aux consignes sanitaires et pensé comme un sas pour réorienter des mineurs vers les dispositifs pour adultes en situation de précarité. »²³

MANQUE DE VISIBILITÉ POUR LES PERSONNES À CHAQUE « ÉCHÉANCE » LIÉE À L'ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE

L'information quant à la continuité des prises en charge en hébergement a globalement été peu partagée en amont avec les acteurs associatifs et les personnes concernées, pouvant provoquer anxiété et inquiétude chez ces dernières. Faute de garantie quant à la pérennité des financements, les gestionnaires des sites ne pouvaient assurer aux personnes une continuité de l'hébergement après la fin de l'état d'urgence prévue le 10 juillet. Dans une instruction

(22) Communiqué de presse commun d'Amnesty International France, La Cimade, Médecins du Monde, Médecins sans frontières, Secours catholique-Caritas France, « Évacuation place de la République : pour une politique alternative pour rompre ce cycle infernal de violences », 24 novembre 2020 ; Communiqué de presse commun du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) et du Défenseur des droits, « L'invisibilité grandissante et préoccupante des personnes exilées en Île-de-France compromet l'effectivité de leurs droits », 3 juin 2021.

(23) Communiqué de presse commun de Médecins du Monde et Médecins sans frontières, « Coronavirus, un bilan tragique pour les MNA », 28 mai 2020.

du 2 juillet 2020²⁴, si le ministre du Logement « réaffirme le principe de non-remise à la rue sèche », il l'atténue quelques paragraphes plus loin en admettant que pour les personnes dont les places auraient dû fermer et pour lesquelles il n'y avait pas « d'orientation possible vers le logement », les autorités devaient tenter de trouver de nouveaux sites « en fonction du statut des personnes concernées ». Ainsi, la logique de catégorisation a repris le pas sur celle posée dans l'instruction du 27 mars 2020 présentant l'hébergement des personnes à la rue comme la priorité « quel que soit leur statut »²⁵. Ces évolutions constatées dans les instructions gouvernementales font écho au sentiment, partagé par les équipes de MdM, de retourner à la situation d'avant la crise, c'est-à-dire à l'application de critères restrictifs d'accès à l'hébergement, et à la diminution des moyens pour assurer l'accompagnement des personnes.

STRUCTURES D'HÉBERGEMENT : LA QUALITÉ DES DISPOSITIFS PROPOSÉS

L'exigence de respecter les mesures sanitaires a entraîné la nécessité d'adapter les structures d'hébergement existantes – adaptation pas toujours efficace notamment en ce qui concerne les conditions d'accueil²⁶. Pendant le premier confinement, une grande partie des nouvelles places proposées ont été des hôtels. Mi-avril 2020, le CAU, reconnaissant le caractère indispensable de la mobilisation des hôtels pour faire face à l'urgence, alertait tout de même sur les conditions de confinement insatisfaisantes voire préoccupantes dans certains hôtels. Ces dernières ne permettaient pas toujours de prévenir les contaminations, particulièrement pour les familles (promiscuité, absence de cuisine ou cuisines collectives, etc.). Les maraudes réalisées dans certains hôtels ont, par ailleurs, mis en lumière diverses problématiques liées à l'insalubrité et la dangerosité de certains hôtels, infestés par exemple par des punaises de lit ou dont les murs des chambres sont couverts de moisissures.

Le Défenseur des droits (DDD) avait d'ailleurs déjà mis en évidence en 2019 les effets délétères que l'hébergement en hôtel pouvait produire sur les relations sociales, la scolarité et la santé des adolescents [Observatoire du Samu social, 2014 ; DDD, 2019]. Malgré ces critiques, le recours aux dispositifs hôteliers n'a cessé de croître ces dernières années passant de 13 948 places en 2010 à 50 879 en 2019, soit une augmentation de 265 %. Les places en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), dispositif le plus « complet », n'ont, quant à eux, augmenté que de 13 % sur la même période [Sénat, 2020].

LES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT PAS TOUJOURS EN CAPACITÉ D'OFFRIR UNE PROTECTION CONTRE LA PROPAGATION DU VIRUS

Les mesures de protection sanitaire collective²⁷ contre la Covid-19 ont pu être difficiles à mettre en œuvre dans les centres d'hébergement, comme l'a montré, dans le Rhône, le rapport de l'initiative « Réponse urgence sociale humanitaire » (RUSH)²⁸ auquel a notamment contribué MdM durant la première vague de l'épidémie. Cette initiative a fait suite à de nombreuses demandes des acteurs de l'urgence sociale souhaitant renforcer leurs capacités de lutte contre les transmissions communautaires de la Covid-19 dans les centres d'hébergement. L'initiative RUSH a constaté des capacités d'isolement très faibles pour les personnes hébergées dans seize centres du département : seule la moitié des sites avait la capacité d'isoler (en général deux à huit personnes), soit environ 120 places pour 2 321 personnes. Les structures étant déjà saturées, la création d'un espace d'isolement, ou la mise à disposition de chambres étaient souvent compliquées voire impossibles. De plus, les structures avaient également des besoins forts pour l'adaptation des sites à des fins de renforcement de la protection sanitaire collective des personnes : matériel et produits d'hygiène, installations sanitaires (équipements et accès à l'eau) et d'hygiène (lave mains, toilettes, etc.) fonctionnelles. À titre d'exemple, onze sites sur seize n'avaient pas de points d'eau individuels. Une réelle méconnaissance des principes de protection sanitaire collective par les équipes intervenantes (salariés et bénévoles) des centres a également été observée concernant le nettoyage, la décontamination, la gestion des déchets, l'usage des masques, le nettoyage et l'isolement des cas positifs à la Covid-19 [RUSH, 2020].

29

SUSPENSION DES EXPULSIONS PENDANT LE PREMIER CONFINEMENT MAIS PAS PARTOUT

Les habitants de squats et bidonvilles, en plus d'être contraints d'habiter des lieux de vie insalubres, subissent depuis trente ans une politique d'expulsion à répétition. Ces expulsions sont inutiles, coûteuses et contraignent les personnes à l'errance et à la précarité.

(24) Instruction aux préfets du ministre du Logement du 2 juillet 2020.

(25) Instruction du 27 mars 2020 sur la prise en charge et le soutien des populations précaires face à l'épidémie du Covid-19 à l'attention des préfets.

(26) Centre d'hébergement d'urgence (CHU), Centre d'hébergement de stabilisation (CHS), Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), hôtels sociaux/hôtels-115 et le dispositif national d'accueil (DNA) pour les demandeurs d'asile.

(27) Les mesures de protection sanitaire collectives correspondent à l'application de mesures de décontamination, l'utilisation de produits de nettoyage, une gestion correcte des déchets, d'un accès à l'eau et aux sanitaires pour assurer l'hygiène des personnes et au fait que les structures soient en capacité d'isoler les personnes positives ou cas contacts.

(28) Le volet protection sanitaire collective de l'initiative RUSH a été initié à la suite de nombreuses demandes d'acteurs de l'urgence sociale souhaitant renforcer leurs capacités de lutte contre les transmissions communautaires de la Covid-19 dans leurs centres d'hébergement.

Si les équipes de MdM s'accordent pour constater qu'il n'y a pas eu d'expulsion durant toute la première période de la crise sanitaire, un territoire a fait cependant exception : le Nord-Littoral. MdM y intervient dans les campements de personnes exilées où les expulsions se sont poursuivies, sans considération pour les personnes, les intervenants et les risques de santé publique.

Sur les 182 expulsions signalées durant le premier confinement par l'Observatoire des expulsions de lieux de vie informels, 176 concernaient cette région, dont 147 pour la seule ville de Calais [Observatoire des expulsions, 2020]. Des personnes exilées à Calais ont aussi rapporté avoir subi des violences et des pressions policières (violences physiques et utilisation de gaz lacrymogène) lors de ces expulsions²⁹. De plus, des témoignages ont relaté un déploiement policier extrêmement important à Calais « entourant les personnes migrantes à l'intérieur des camps informels et bloquant les routes pour empêcher les personnes de quitter les lieux de vie » alors même que les conditions de vie et l'insalubrité de ces sites les exposaient particulièrement aux infections.

Chassez le naturel, il revient au galop. Dans les autres territoires, les expulsions ont repris le 10 juillet 2020, date de la fin de l'état d'urgence sanitaire et de la trêve hivernale. Pour les autorités, l'urgence était alors, comme en **Seine-Saint-Denis**, de faire appliquer les décisions d'expulsions qui n'avaient pas pu l'être durant une période inhabituellement longue. On est ainsi passé d'une situation où semblait primer la protection de la santé des personnes à un retour en arrière observé durant le reste de l'année 2020. Ainsi, le bidonville de Drancy, où vivaient 300 personnes, a été expulsé en septembre 2020, en application d'une décision de justice. Cette expulsion a été menée en pleine période de rentrée scolaire et de crise sanitaire, et seulement 4 des 31 familles se sont vu proposer des solutions d'hébergement à l'hôtel le jour de l'expulsion. Deux éléments notables illustrent l'inutilité et les effets délétères de cette expulsion : la destruction d'un raccordement à l'eau pourtant installé quelques mois plus tôt et une partie des familles à nouveau expulsées, après l'avoir été un an auparavant sur un terrain à Bondy.

« Reprise des expulsions au pas de charge depuis la fin du déconfinement, avec objectifs affichés d'en faire le maximum avant la trêve hivernale. Toutes ces expulsions ont lieu dans un cadre juridique borné derrière lequel les municipalités et/ou la préfecture se cachent au motif que "c'est légal". Mais si le motif de la légalité est invoqué pour les expulsions, pourquoi n'applique-t-on pas la même chose pour toutes les autres obligations (hébergement, eau, sanitaires, scolarisation, etc.) ? Et quand bien même ce soit légal, qu'en est-il des questions de dignité, de pandémie ? »

[Programme de Saint-Denis, 2020]

L'été 2020 a été également marqué par plusieurs expulsions à **Toulouse**. En moins d'un mois, quatre lieux de vie, habités par 114 personnes dont 42 enfants, ont été expulsés, impactant notamment les suivis médicaux de certaines personnes comme les femmes enceintes et celles souffrant de pathologies chroniques. Début août, ce sont 27 familles (70 personnes) qui étaient informées de leur expulsion sèche de l'hôtel. Parmi elles, une famille avec un bébé aveugle et plusieurs personnes malades. La mobilisation des associations a cependant permis d'éviter l'expulsion et les familles ont pu être maintenues à l'hôtel.

« M. E. demeure dans un squat. Il est suivi par la halte santé pour un traitement lourd. Un suivi médical après sa sortie de la halte est organisé avec un cabinet infirmier libéral de Blagnac. Le 5 août 2020, une infirmière de la halte me témoigne son inquiétude quant à la santé de ce patient. S'il venait à être expulsé du squat, le suivi médical qui lui est vital ne pourrait avoir lieu. »

[Programme de Toulouse, 2020]

En plus, aussi étonnant que cela puisse paraître, le risque de propagation du virus n'a pas toujours été pris en compte par les autorités dans les expulsions. Par exemple, à **Bordeaux**, suite à l'identification de cas positifs à la Covid-19 dans un squat par l'équipe de la Permanence d'accès aux droits et aux soins (Pass) mobile, une rencontre avec les habitants avait été programmée en vue d'actions de prévention et de dépistage ; mais finalement, ils ont été expulsés avant que cela ne soit possible.

2. L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR L'ACCÈS À L'EAU ET À L'ALIMENTATION

LES POINTS ESSENTIELS

→ L'accès à l'alimentation et à l'eau, une source alarmante de tensions pour les personnes en situation de précarité, et encore plus exacerbée en Outre-mer.

→ Plus de 80 % des ménages interrogés dans une enquête menée à Cayenne durant l'été 2020 ont déclaré avoir souffert de la faim dans le mois.

→ Un rôle fondamental des collectifs citoyens dans les distributions alimentaires.

→ Une mobilisation forte des associations pour l'accès à l'eau, l'hygiène, l'assainissement et la gestion des déchets dans un objectif de santé publique.

→ Des dynamiques et des outils à poursuivre, en tous temps, pour améliorer les conditions de vie et l'accès aux besoins essentiels.

CRISE ALIMENTAIRE CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

L'accès à l'alimentation a été une source alarmante de tensions pour les personnes en situation de précarité. L'annonce du premier confinement, la nécessité d'adapter les modalités d'accompagnement à la situation sanitaire et la baisse du nombre de personnes bénévoles disponibles ont eu pour conséquence immédiate la suspension de certaines activités de solidarité telles que les distributions alimentaires. Par ailleurs, du fait de la précarisation accrue des personnes vulnérables, le nombre de personnes dépendant de l'aide alimentaire a fortement augmenté en 2020 passant de 5,5 millions avant la crise à 8 millions de personnes après la crise, créant un risque majeur pour la couverture des besoins vitaux de ces personnes [Secours catholique, 2020]. Des personnes ont même dû recourir à des aides alimentaires alors qu'elles parvenaient jusqu'alors à être autonomes grâce à des revenus générés par des activités

informelles (cf. encart « Enquête téléphonique auprès des travailleuses.eurs du sexe (TdS) à Rouen », page 32).

Un grand nombre d'acteurs, bénévoles et professionnels, se sont alors réorganisés pour répondre au mieux aux besoins avec des repas chauds, des colis alimentaires ou des tickets-service. Les distributions alimentaires se sont mises en place via de multiples acteurs dont des associations mandatées ou non par l'État, des services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO) avec une remontée des besoins alimentaires par des équipes mobiles sanitaires (EMS) ou via d'autres acteurs associatifs comme MdM. Les collectifs citoyens sur l'ensemble du territoire ont aussi joué un rôle fondamental dans ces distributions, ouvrant un plus large approvisionnement aux personnes et parfois même dans des sites peu connus des associations. Leur rôle a notamment été indispensable auprès des MNA pour lesquels aucune protection adaptée n'a été proposée par les pouvoirs publics³⁰.

« Une maman de cinq enfants a téléphoné le 23 mars en demandant où elle pouvait trouver à manger. Isolée, en situation irrégulière et avec ses enfants à la maison, elle a exprimé avoir peur de sortir d'une part parce qu'elle est irrégulière sur le territoire, d'autre part parce qu'elle n'a pas d'imprimante pour imprimer l'attestation de sortie. Elle se retrouve sans ressource financière car elle ne peut plus travailler. Il faut noter aussi que dans beaucoup de familles, le déjeuner de la cantine à l'école représente le seul vrai repas de la journée pour les enfants. Le lien a été fait avec le collectif des habitants du III^e arrondissement, qui l'a contactée et a pris le relais pour lui procurer des colis alimentaires. Ce sont les habitants eux-mêmes, soucieux des conditions de vie de leurs voisins, qui ont mis en place un dispositif de parrainage entre voisins et une cagnotte pour assurer la survie de leur quartier, déjà ultra-précarisé, en pleine crise épidémique. »

[Programme de Marseille, 2020]

Par endroits, la coordination des distributions s'est organisée tardivement, malgré l'instruction du 27 mars 2020 demandant aux préfets de la prendre en charge lorsque les associations ne le pouvaient plus³¹. Elles sont alors mises

(30) Médecins du Monde, « Coronavirus : un bilan tragique pour les mineurs non accompagnés », 28 mai 2020.

(31) Instruction du 27 mars 2020 sur la prise en charge et le soutien des populations précaires face à l'épidémie du Covid-19 à l'attention des préfets.

en place dans l'urgence par des acteurs qui n'intervenaient pas traditionnellement sur des squats et bidonvilles comme à **Bordeaux** avec le Groupement d'intérêt public (GIP) Bordeaux métropole médiation. Au-delà des délais, certaines distributions étaient soit inadaptées au contexte de vie des personnes comme ce fut le cas à **Calais et à Grande-Synthe** où les denrées sèches n'ont pas pu être cuisinées faute d'ustensiles de cuisine ou de bois, soit incompatibles avec les régimes alimentaires des personnes. Certaines bonnes pratiques ont en revanche vu le jour comme la mise en place d'une coordination départementale de distributions alimentaires dans les hôtels sociaux à **Nice**.

Les mauvaises conditions de logement et les difficultés d'accès à une alimentation quantitativement et qualitativement suffisante ont rendu encore plus vulnérables les personnes en situation de précarité aux risques de contamination à la Covid-19. La situation a été particulièrement aiguë voire dramatique en **Guyane et à Mayotte**. Une enquête menée

en Guyane en juillet et août 2020 par MdM, la Croix Rouge française et la Pass du Centre hospitalier de Cayenne auprès de 221 ménages a révélé que près de deux ménages sur cinq avaient eu une alimentation insuffisante dans les sept derniers jours et plus de 80 % d'entre eux avaient souffert de la faim dans le mois. La majorité des ménages enquêtés avaient vu leur budget pour se nourrir se dégrader pendant la crise sanitaire et près de la moitié d'entre eux disposaient de 30 euros ou moins par semaine pour se nourrir [Basurko, 2020]³². Même si la volonté d'instaurer une coordination entre les différents services de l'État et les associations a permis la mise en place d'un système de distribution alimentaire, la réponse des autorités s'est révélée relativement en deçà des attentes (problèmes d'approvisionnement, colis insuffisants, système saturé, etc.). Cela a, néanmoins, permis de visibiliser le besoin de renforcer les moyens dédiés en Guyane. D'ailleurs, la préfecture a annoncé que divers appels à projet portant sur l'aide à l'alimentation seraient proposés pour 2021.

ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE AUPRÈS DES TRAVAILLEUSES.EURS DU SEXE (TDS) À ROUEN

Les TdS les plus précaires ont vu le risque de basculer dans la grande pauvreté avec la crise sanitaire s'accroître. Pour leur venir en aide, des associations communautaires et de santé communautaire ont alors adapté leurs activités, mis en place des cagnottes solidaires et organisé des distributions alimentaires et de produits de première nécessité. Certaines personnes avaient un logement mais n'ont pas pu bénéficier des mesures mises en place par l'État, ne répondant pas aux critères exigés. Elles ont alors eu recours aux distributions alimentaires et tenté de prioriser le maintien dans le logement. Une aide de la Diha!, sous forme de tickets-service, a été allouée lors du premier confinement après une mobilisation associative forte et une alerte sur la dégradation de leurs conditions de vie. Sur la durée, la situation a été extrêmement difficile et l'est encore aujourd'hui.

Une enquête téléphonique organisée par MdM auprès de 30 personnes TdS à Rouen a montré comment la crise sanitaire a pu impacter leur situation déjà bien fragilisée par l'adoption en 2016 de la loi visant à « renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées » [Le Bail 2018, 2019]³³.

Aucune solution à la hauteur ne leur a été proposée par l'État pour compenser l'impact économique et social de la crise alors que la majorité des TdS ont tenu, en premier

lieu, à respecter les consignes gouvernementales malgré la précarité dans laquelle ils/elles se trouvaient déjà. La majorité des personnes interrogées lors de cette enquête téléphonique³⁴ ont affirmé avoir cessé leur activité parce qu'elles ou les clients ont eu peur des verbalisations, des contrôles et du virus. Les TdS n'ont donc plus eu les moyens de générer des revenus et sans aide de l'État, leur situation s'est alors rapidement dégradée. Des personnes ont affirmé pouvoir se reposer sur de maigres économies, des aides sociales, des tickets-services ou encore l'appui de pairs de la communauté. Mais deux tiers des personnes interrogées ont déclaré n'avoir aucune ressource pendant les confinements et les couvre-feux. Ne pouvant payer leur loyer, certaines d'entre elles ont affirmé avoir été menacées d'expulsion, et parfois même en pleine période hivernale. En outre, deux tiers d'entre elles ont assuré dépendre de l'aide alimentaire.

*« Sans argent, je ne peux pas payer mon loyer, je risque d'être expulsée, les propriétaires ne comprennent pas notre situation. »
« C'est vraiment difficile parce qu'on n'a pas d'argent pour pouvoir manger, pour pouvoir payer notre loyer, pour pouvoir appeler la famille au pays et être en contact avec nos enfants, ma fille est malade en plus. »*

[Programme TDS de Rouen, 2020]

(32) Six mois après la première vague épidémique en Guyane, les résultats du second volet de l'enquête, mené en février 2021, montre un niveau d'insécurité alimentaire quasiment aussi important que lors de la première enquête (publication prochaine).

(33) Une enquête de 2018, menée par deux chercheurs en coopération étroite avec un réseau d'associations de terrain dont MdM, a montré que 63 % des TdS interrogé(e)s ont connu une détérioration de leurs conditions de vie depuis l'adoption de la loi du 13 avril 2016 et 78 % ont été confronté(e)s à une diminution de leurs revenus. Ces résultats ont été confirmés en 2019 par la même équipe qui a poursuivi le travail d'analyse sur l'impact de la loi.

(34) L'enquête téléphonique s'est déroulée entre le 13 novembre et le 18 décembre 2020. Ce bilan ne prend pas en compte tous les appels reçus au compte-goutte (environ 10 à 15 par mois) de TdS qu'elle/il soit ou non inclus dans les participants de l'enquête.

DES GESTES BARRIÈRES DIFFICILES À APPLIQUER SANS ACCÈS À L'EAU

Tout au long de l'épidémie de la Covid-19, l'OMS a souligné l'importance de l'accès à une eau salubre, accompagné de mesures d'assainissement et d'hygiène [OMS, 2020]. L'approvisionnement en eau sans risque sanitaire, l'assainissement, la gestion des déchets et de bonnes conditions d'hygiène sont essentielles pour protéger la santé humaine lors des épidémies de maladies infectieuses, y compris la Covid-19. Or, l'épidémie a rendu encore plus visible les injustices face à l'accès à l'eau et l'hygiène. Environ 77 % des squats et bidonvilles n'avaient pas d'accès direct à l'eau avant le premier confinement [Romeurope, 2021]. La crise a ainsi brusquement légitimé aux yeux des institutions, et pour un temps au moins, ce qui était demandé depuis longtemps par les associations et acteurs de terrain : des installations simples permettant un accès gratuit à l'eau dans les bidonvilles, squats habitats auto-construits.

UNE MOBILISATION FORTE DES ASSOCIATIONS

Le gouvernement a publié le 27 mars 2020 une instruction interministérielle dans le cadre de la crise de la Covid-19 pour la prise en charge des publics précaires indépendamment de leur statut administratif et vivant à la rue, dans les centres d'hébergement ou en squats / bidonvilles³⁵. Pour ce qui relève de l'accès à l'eau, les préfets et les collectivités avaient la responsabilité de réaliser une cartographie des points d'eau, de veiller à ce que les personnes à la rue aient un accès gratuit aux laveries, aux douches et sanitaires (en mobilisant au besoin des piscines, des établissements scolaires et les gymnases) et de joindre des produits d'hygiène aux distributions alimentaires (comme du savon).

Les associations, dont MdM, sont restées particulièrement en alerte tout au long de la crise pour veiller à l'effectivité de ces mesures. Leur rôle a été crucial puisque de nombreux signalements en métropole et dans les Outre-mer ont été fait auprès des acteurs publics sur l'absence de points d'eau, d'accès aux douches et aux toilettes pour les personnes vivant à la rue ou en habitat précaire. Au début du confinement, l'urgence était absolue dans certains lieux où les personnes n'avaient aucun accès à de l'eau potable. Les appels d'associations se sont multipliés pour mettre en lumière le manque d'actions de certains maires et préfets dans leur rôle de garant d'un accès à l'eau au nom de la protection de la santé publique. Face à cette situation d'urgence, des organisations non gouvernementales comme Action contre la faim ou Solidarités International, spécialisées dans les questions d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA) au niveau international, ont alors commencé à intervenir sur le territoire métropolitain dès le début du premier confinement.

La crise sanitaire a aussi mis en avant un certain déni des autorités dans les responsabilités qui leur incombaient : permettre un accès à l'eau potable pour des raisons de santé publique. La fermeture de toutes les sanisettes et des points d'eau durant le premier confinement a été dramatique pour les personnes à la rue. Malgré les nombreuses interpellations de MdM à **Toulouse**, les sanisettes et les points d'eau sont restés fermés plusieurs semaines et un seul terrain, sur les quatorze n'ayant pas d'accès, a été raccordé à l'eau par la métropole de Toulouse durant le premier confinement. Suite à une cartographie élaborée par les équipes de MdM et des communiqués de presse, la mairie a fini par contraindre l'opérateur JC Decaux à rouvrir les sanisettes et certaines fontaines. Quant aux squats et bidonvilles, ce n'est qu'après la conduite d'un référé-liberté, bien que rejeté, attaquant l'État, la métropole et la mairie que les choses ont pu évoluer. Grâce aux diagnostics réalisés par MdM et Solidarités International, une intervention conjointe a vu le jour et des avancées réelles en termes d'accès à l'eau ont pu être obtenues pour les squats et bidonvilles (cf. encart page 37). En effet, au 1^{er} juillet 2020, onze bidonvilles sur douze avaient un accès à l'eau. On peut alors questionner la volonté des autorités françaises à garantir et protéger un droit considéré comme « *fondamental, essentiel au plein exercice du droit à la vie et de tous les droits de l'homme* » par l'Assemblée générale des Nations unies.

« C'est difficile. Les conditions sont très mauvaises, on n'a pas les conditions de vie comme tout le monde. (...) C'est compliqué pour la douche, on n'a pas de quoi se doucher. Le matin, il faut se laver avec de l'eau froide qu'on a gardée en réserve. On peut la chauffer dans la casserole mais il faut attendre. Chacun se lave dans sa cabane ou sa caravane, on utilise la même bassine pour toute la famille. Quand la police a attrapé quelqu'un qui prenait de l'eau à la borne, on lui a pris la clé permettant d'ouvrir cette borne. Après, on ne peut plus prendre de l'eau et on n'en a plus en réserve. Pour les toilettes, c'est les mêmes pour tout le monde, tout au fond du terrain, à côté de la rocade. »

[Programme de Toulouse, 2020]

PREMIER CONFINEMENT : DES EFFORTS DANS L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS À L'EAU ET À L'HYGIÈNE MAIS PAS DE MESURES PÉRENNES

Les difficultés d'accès à l'eau et les conditions d'hygiène précaires touchent la plupart des publics reçus à MdM. En 2017 et 2018, les Nations unies³⁶ avaient déjà demandé à la France de mettre en œuvre des mesures de long terme afin de fournir de l'eau potable et des services d'assainissement aux personnes exilées résidant à Calais et dans d'autres

(35) Ibid., note en bas de page n°25.

(36) Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants et rapporteur spécial sur la situation des défenseurs des droits de l'homme.

régions de la côte nord française. Plusieurs contentieux ont également été portés par des associations pour le droit à un accès à l'eau et à des conditions d'hygiène, le Conseil d'État l'ayant reconnu en 2015 au rang des libertés fondamentales invocables devant le juge des référés-libertés. Ces contentieux, qui concernaient principalement les campements de migrants situés en Île-de-France, Midi-Pyrénées et en région Paca, ont cependant donné lieu à des décisions intéressantes mais davantage liées au contexte de crise sanitaire qu'au caractère fondamental du droit à l'eau en toutes circonstances. En effet, il a fallu attendre une crise afin que des mesures institutionnelles soient renforcées ou tout simplement prises par les collectivités. Or, l'hygiène des mains joue un rôle important pour prévenir la propagation de la Covid-19.

MdM a accueilli ces avancées favorablement et estime qu'elles devraient s'étendre à un plus grand nombre de lieux de vie et perdurer dans le temps. Les réponses institutionnelles ont, en effet, été très différentes d'une région à une autre, et tous les lieux de vie (bidonville, campement, squat, à la rue) n'ont pas eu un accès à l'eau pendant le premier confinement.

À Calais, même si l'association opératrice de l'État La vie active a continué pendant le premier confinement à assurer l'accès à des douches, à l'eau et à l'alimentation (deux distributions par jour, repas chauds puis des « packs » de nourriture froide (sandwich, fruit et yaourt) à partir du 23 mars 2020), cet accès aux besoins essentiels était sous-dimensionné et insuffisant au regard des besoins et du nombre de personnes. À cela s'ajoute l'arrêt des distributions d'une partie des associations non mandatées par l'État comme Refugee Community Kitchen qui distribuaient, jusqu'au 24 mars 2020, 1 500 repas chauds le soir à Calais.

« J'ai faim et soif tous les jours. J'ai froid toutes les nuits. Je me sens très faible physiquement. L'un de mes amis est tombé très malade à cause de la situation. Pendant trois jours, il avait des vertiges, il avait chaud puis froid et il tremblait sans arrêt. »

[Témoignage de personnes exilées présentes à Calais³⁷]

Treize associations présentes à Calais dont MdM ont alors saisi la Défenseure des droits, pour « alerter sur les conditions de vie inhumaines » dans lesquelles sont maintenues les personnes exilées³⁸. Elles dénonçaient les violations du droit à l'eau, à l'assainissement, à la santé ainsi qu'à l'alimentation.

À Grande-Synthe, l'État et les collectivités locales ont fait des efforts pour permettre un accès à l'eau et à l'hygiène mais les dispositifs installés étaient ponctuels, inadaptés et insuffisants. Mi-mars 2020, l'État a mis en place une citerne

d'eau non potable au niveau du campement principal (site de la Linière) et donc impropre à la consommation. Le 13 avril, la mairie de Grande-Synthe en lien avec la Communauté urbaine de Dunkerque a installé quatre blocs de douches sur le site (pour un total de 24 douches), dont trois réservées aux femmes. Elles étaient uniquement ouvertes les après-midis et gérées par la police municipale. Un point d'eau a également été aménagé à proximité et raccordé à une bouche incendie. L'État a mis à disposition, à cette même date, quatre toilettes chimiques, dispositif mobile enlevé chaque soir. L'ensemble de ce dispositif (sauf le point d'eau) a été retiré le 3 juin. À ce jour, il reste donc un point d'eau unique se trouvant environ à deux kilomètres des campements. Rappelons que la Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire, établis dans le cadre du projet Sphère, préconisent un minimum d'un robinet pour 250 personnes et une distance séparant les lieux de vie des points d'eau qui n'excède pas 500 mètres [DDD, 2018].

Des points d'eau ont été installés à **Strasbourg** pour les personnes vivant à la rue. Les équipes de MdM présentes à Lyon ont, quant à elles, pu constater l'implication de certaines collectivités sur la question de l'accès à l'eau et le ramassage des déchets. À **Villeurbanne**, un raccordement à l'eau a, par exemple, été installé sur le bidonville du Transbordeur en lien avec le CCAS, et ce à la suite d'interpellations associatives. À **Lyon même**, les points d'eau et les toilettes publics ont été rouverts, notamment ceux à proximité des squats et/ou bidonvilles. Des ramassages d'ordures ont également été mis en place mais de manière non systématique dans tous les squats. La **métropole de Bordeaux** a demandé à Suez (délégataire de service public) de mettre de l'eau sur tous les sites parfois sur des terrains appartenant à des propriétaires privés. À **Saint-Denis**, l'équipe de MdM a observé, durant le premier confinement, des avancées en termes d'accès à l'eau et à l'hygiène comme jamais auparavant. Tous les sites identifiés et demandeurs ont pu être raccordés, en lien avec Solidarité international sur le volet technique et les services municipaux concernés (cf. encart, page 37).

Depuis la fin du premier confinement, la situation est revenue aux pratiques antérieures avec la reprise des expulsions et notamment les destructions de matériels et l'attente de réponses des mairies et de la préfecture quant à la pérennisation des nouvelles installations afin d'accompagner les personnes dans des demandes de raccordement.

À **Marseille**, la question de l'accès à l'eau potable en ville et du raccordement légal des lieux d'habitat informel était problématique depuis de nombreuses années. Porté sans succès par les associations auprès de la mairie et de la métropole Aix-Marseille-Provence (AMP), ce plaidoyer a donc été mené dès le début du confinement, en l'absence des autorités locales, auprès de la direction départementale

(37) Médecins du Monde, « Exilés de Calais : les associations saisissent la Défenseure des droits et les Nations unies », 17 août 2020.

(38) Ibid.

de la cohésion sociale (DDCS) et de l'Agence régionale de santé (ARS). Plusieurs avancées ont pu être obtenues. Par un arrêté du 9 avril 2020, la préfecture des Bouches-du-Rhône a réquisitionné et mis en service des toilettes publiques qui ne l'étaient pas encore. Des interpellations associatives et institutionnelles ont aussi permis l'ouverture de deux piscines dès le 10 avril pour permettre aux personnes de prendre une douche. L'une d'elles était toujours ouverte en 2021 et depuis, la ville de Marseille travaille à un projet de douche municipale. Enfin, la Société des eaux de Marseille, accompagnée par des associations, a effectué un diagnostic technique pour le raccordement à l'eau des bidonvilles. Les travaux ont été faits immédiatement sur six sites en plus des 18 sites déjà raccordés. Ces raccordements ont été maintenus à la suite du confinement.

« Pour chaque bidonville et squat dans lesquels les équipes MdM intervenaient, nous avons contacté dès le début du premier confinement les services des mairies ainsi que les élus afin de demander l'installation de points d'eau et de sanitaires. Certaines villes ont rapidement répondu à la demande, tandis que d'autres n'ont pas répondu ou ont refusé, invoquant la complexité de la situation. Dans ce deuxième cas, nous avons interpellé les services de la préfète à l'Égalité des chances du 93 et les députés de la circonscription qui ont appuyé nos demandes. Parmi les villes dans lesquelles se trouvent des bidonvilles suivis par Médecins du Monde, une seule (Drancy) a maintenu son refus, et les habitants ont donc été accompagnés par une avocate pour les démarches en référé. Après un mois de confinement, l'ensemble des bidonvilles et squats suivis par les équipes de MdM avait un accès à l'eau. »

[Programmes en Île-de-France, 2020]

LE RECOURS AU JUGE FACE À L'INACTION DES AUTORITÉS : UNE ARME À L'EFFICACITÉ MITIGÉE

Sur certains territoires, les interpellations amiables des autorités par les associations n'ont pas toujours suffi. Pour les contraindre à fournir un accès à l'eau et à l'assainissement suffisant aux habitants de lieux de vie qui en étaient dépourvus, il a parfois fallu former des recours devant les juges. Ces derniers n'ont cependant pas toujours fait droit aux demandes des associations et des habitants invoquant une exposition à des traitements inhumains ou dégradants. MdM a notamment participé à des recours concernant la situation du campement d'exilés situé au bord du Canal Saint-Denis (Paris/Île-de-France) et les squats et bidonvilles de l'agglomération toulousaine.

Dans une ordonnance du 5 juin 2020³⁹, le tribunal administratif de Paris a imposé aux maires et établissements publics et communes concernés « d'installer, jusqu'à la fin de la période de l'état d'urgence sanitaire, (...) des points d'eau, des cabines de douche et des sanitaires, en nombre suffisant, et de renforcer le dispositif de collecte des ordures ménagères » au regard des conditions dans lesquelles vivaient les personnes. Il a également enjoint au préfet de procéder à la distribution de solution hydroalcoolique et de masques.

À Toulouse, la fermeture des parcs et des jardins pendant le premier confinement a bloqué l'accès aux seules fontaines à eau fonctionnelles. Le juge des référés du tribunal administratif de Toulouse a entériné cette inaction et rejeté fin avril 2020⁴⁰ la requête portée par plusieurs associations et collectifs, à l'encontre de l'État, la métropole et la mairie. Il a défendu l'idée qu'installer un accès à l'eau revenait à pérenniser un bidonville ou un squat, allant alors à l'encontre d'une série de décisions positives récentes en la matière⁴¹.

UNE SITUATION ENCORE PLUS EXACERBÉE EN OUTRE-MER

Dans un territoire où près de 30 % des habitants vivent dans un logement sans eau courante dont la moitié dans les *Bangas* (maison en tôle), l'accès à l'eau et à l'hygiène pour les personnes précaires est une problématique majeure à **Mayotte** – encore plus exacerbée en cette période de crise sanitaire [Insee, 2019]. Si l'île de Mayotte a été épargnée la Covid-19 lors du premier confinement, sa population, dont 84 % vit en dessous du seuil de pauvreté, a tout autant souffert des mesures restrictives prises par le gouvernement,

(39) Tribunal administratif de Paris, 5 juin 2020, n°2007535.

(40) Tribunal administratif de Toulouse, 30 avril 2020, n°2001984.

(41) Tribunal administratif de Melun, 14 avril 2020, n°2002971 ; Tribunal administratif de Melun, 20 avril 2020 ; Tribunal administratif de Cergy-Pontoise, 28 avril 2020, n°2004196 ; Tribunal administratif de Lille, 29 avril 2020, N°2003191.

provoquant des problèmes d'accès à l'alimentation et l'eau, déjà criants et cause de malnutrition [ARS, 2020]. Au début du confinement, seulement certaines bornes fontaines étaient ouvertes quelques heures par jour – une réponse ni adaptée d'un point de vue sanitaire en créant des rassemblements ni suffisante d'un point de vue humanitaire. Grâce aux interpellations des associations, la préfecture a accepté de mettre en place des rampes de distribution d'eau ; une vingtaine seulement ont été installées, en juin 2020, sur cinquante prévue. Quant à l'ouverture de structures telles que les écoles qui ont été à l'arrêt pendant le confinement et qui disposaient de robinets, cela a été refusé par la préfecture.

En Guyane, les points d'eau installés pendant la crise de la Covid-19 ont été maintenus jusqu'à la fin de l'année, malgré l'absence d'engagement écrit des autorités. L'enquête précitée sur l'insécurité alimentaire à Cayenne a montré la précarité de la majorité des logements (absence de point d'eau dans le logement pour 78 % des ménages consultés) et la dépendance des familles aux bornes fontaines et rampes de distribution d'eau installées temporairement dans certains quartiers pendant la crise sanitaire. Ainsi, 67,4 % des répondants s'y approvisionnaient, les autres utilisant de l'eau de pluie ou de puits traitée à la javel [Basurko, 2020]. Pour les populations non alimentées en eau potable par des réseaux publics, elles ont eu recours à des sources d'eau peu sûres augmentant ainsi le risque de pathologies comme la fièvre typhoïde.

réglementation en vigueur, les solutions techniques possibles ainsi que des partages d'expérience particulièrement utiles. Concernant spécifiquement l'accès à l'eau, l'adoption d'une directive européenne en décembre 2020, reconnaissant le droit à l'eau pour toutes et tous, offre également une perspective d'évolution du cadre législatif français dans les années à venir⁴³. En outre, un Observatoire des droits à l'eau et à l'assainissement, porté par la Coalition eau, se développe progressivement dans plusieurs villes françaises et permet de mieux comprendre les difficultés d'accès à l'eau et à l'assainissement en France [Coalition eau, 2021].

DES DYNAMIQUES À POURSUIVRE POUR SYSTÉMATISER L'ACCÈS AUX BESOINS ESSENTIELS

À l'échelle tant locale que nationale, la crise sanitaire a révélé à quel point certaines populations n'avaient pas accès aux services essentiels. Dans ce cadre, le plaidoyer pour l'amélioration des conditions de vie, mené par MdM depuis de nombreuses années, a connu des avancées significatives en 2020. Mais elles restent encore insuffisantes. D'après le dernier recensement de la Dihal en février 2021, 44 % des bidonvilles n'avaient toujours pas accès à l'eau, 80 % n'avaient pas d'accès aux sanitaires, 52 % n'étaient pas raccordés à l'électricité et 63 % ne bénéficiaient pas de services de collecte des déchets⁴². Certaines perspectives sont néanmoins positives. Par exemple, Solidarités International poursuit ses interventions sur le territoire, avec le soutien de la Dihal et des autorités locales. Les différents acteurs (associations, État, collectivités locales) peuvent s'appuyer sur de nouveaux outils développés suite aux interventions de l'année 2020, en particulier le document de capitalisation « *Garantir l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (EAH) dans les lieux de vie informels en France* » publié par SI et ACF [ACF, 2021]. Ce document présente la

(42) Données extraites des informations fournies sur la Plateforme numérique « *Résorption bidonvilles* » de la Dihal.

(43) Recommandations des ONG du secteur EAH, Transposition de la directive européenne sur l'accès aux eaux destinées à la consommation humaine, 17 mars 2021.

ENTRETIEN AVEC LA COORDINATRICE DES OPÉRATIONS EN FRANCE DE SOLIDARITÉS INTERNATIONAL

Solidarité International est une ONG française intervenant à l'international, dans une vingtaine de pays, avec une expertise reconnue sur l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement (EHA) en contexte de crise. L'ONG intervient en France depuis le début de la crise sanitaire, en partenariat avec de nombreuses associations dont MdM.

Pourquoi Solidarité International a-t-elle décidé d'intervenir en France durant la crise sanitaire et de poursuivre cette intervention depuis ?

Nous avons mené une intervention à Calais en 2015, mais il n'avait jamais été question d'une intervention en France jusqu'au début de l'année 2020. Nous avons alors très rapidement été sollicités, d'abord par le tissu associatif, notamment en Île-de-France. Il y avait alors une période de panique où tout le monde craignait de voir apparaître des clusters dans des zones d'habitats précaires où les conditions d'hygiène n'étaient pas réunies pour respecter les gestes barrières. Nous avons travaillé avec les associations pour comprendre la problématique, que l'on ne connaissait pas du tout. Nous avons aussi été rapidement sollicités par le canal institutionnel : des collectivités territoriales, des ministères. En particulier la Dihal qui a souhaité travailler de manière urgente sur l'accès à l'EHA dans les bidonvilles. Rapidement, nous avons compris que le contexte sanitaire augmentait les vulnérabilités pour ces populations, par leur manque d'accès aux services de base, par une précarisation accrue, elles risquaient de faire face à une plus grande vulnérabilité face au risque épidémique.

Nous avons vite réalisé que les acteurs locaux cherchaient des solutions très concrètes. Le secteur associatif, si important qu'il soit sur ces questions, apparaissait sans grande technicité. Il y avait aussi une absence de définition normative des rôles et responsabilités de chacun (État, collectivités territoriales, métropoles, municipalités), qui a entraîné une confusion. Il y avait donc un vrai besoin d'avoir des solutions rapides, peu coûteuses, mobiles et spécifiques site par site.

Nous avons donc proposé notre accompagnement dans leur recherche de solutions concrètes pour des raccordements, et pour la distribution de produits d'hygiène, pour lesquels nous avons surtout contribué d'un point de vue logistique. Nous avons fait nos premières interventions en février/mars en Seine-Saint-Denis, puis cela s'est multiplié avec Nantes (mai), Toulouse (juin) et dans le Val-d'Oise (août). Depuis le début de l'année 2021, nous intervenons également à Lille, sommes en cours de définition à Bordeaux et allons réaliser un diagnostic à Grenoble en mai.

Pour SI, il n'y avait pas du tout une stratégie d'intervention sur la durée, l'idée était d'abord d'aider pendant la crise. Personne n'aurait pensé qu'on y serait encore en 2021. C'est malheureux à dire, mais la crise de la Covid-19 a été une opportunité. Un an après, nous sommes dans une période de transition, la pression politique semble moins forte, et la crise a permis de faire prendre conscience aux pouvoirs publics que ce n'était pas si compliqué, ni cher.

Quelles différences et similitudes avez-vous constaté par rapport à vos interventions à l'international ?

Sur le plan opérationnel, c'est la même chose : on propose des solutions techniques, suite à un diagnostic, dans des sites précaires, auprès de populations précaires. Les besoins sont les mêmes, les populations font face aux mêmes problématiques et ont les mêmes vulnérabilités. La méthodologie de projet est identique.

En revanche, il y a de vraies différences d'un point de vue institutionnel. En premier lieu, au regard du cadre juridique. À l'international, nous sommes soumis aux normes internationales d'intervention⁴⁴. La problématique, c'est que cela n'existe pas en France. Il y a beaucoup de normes en matière de qualité de l'eau par exemple, mais aucun standard sur la quantité d'eau, le nombre de personnes par robinet, la distance des points d'eau, etc. Il a fallu tout inventer, c'est d'ailleurs l'objet du rapport de capitalisation que nous avons co-écrit avec ACF [ACF, 2021] : l'idée était de répondre au manque de normes en France pour faire en sorte d'harmoniser les standards, pour que tous les bidonvilles soient à la même enseigne sur le territoire. En second lieu, il y a un vrai flou juridique sur ces terrains qui ne sont pas raccordés, installés illicitement, habités par des personnes qui sont souvent sans titre de séjour. Donc la traduction du cadre existant ne va pas être la même d'un territoire à l'autre. Face à ce flou administratif, les pouvoirs publics eux-mêmes ne savent pas toujours ce qu'il leur vient de faire. En tant qu'opérateur, nous n'avons pas de schéma unique, on essaye de mettre l'ensemble des acteurs autour de la table, de préciser les rôles et responsabilités de chacun, de coordonner tous ces services. Car on ne peut rien faire sans les pouvoirs publics. Ces incertitudes juridiques et le manque de coordination font qu'il n'est pas toujours facile d'opérer.

Quels liens avez-vous développé avec les associations, et notamment avec MdM ?

Nous avons eu de très bonnes relations avec les associations et MdM, dont les délégations nous ont fait un très bon accueil. MdM a lancé l'alerte, a permis de nous introduire



(44) Cf. les standards Sphère.



auprès des pouvoirs publics et des populations. MdM nous a mis à disposition ses équipes bénévoles et salariées, qui nous ont accompagnés dans les interventions auprès des populations qu'elles connaissent depuis longtemps, et faisaient ainsi notre relais de confiance. MdM nous a aussi permis d'être légitimes face aux pouvoirs publics, car SI a peu de notoriété en France. Les délégations de MdM menaient un plaidoyer depuis plusieurs années pour l'accès à l'eau et aux sanitaires dans les bidonvilles et les squats, nous avons donc été très bien reçus, elles ont été contentes d'avancer sur ces questions. C'est même parfois devenu un acquis : on a pu signer des contrats avec les collectivités locales où on est intervenu pour faire le suivi des installations et faire des raccordements lors de l'installation d'un nouveau site, ce qui n'est possible que grâce au tissu associatif local qui nous signale les besoins.

L'intervention avec MdM est un partenariat particulièrement pertinent, avec une complémentarité entre un acteur de l'EHA et un acteur de la santé. Il serait intéressant que l'on puisse à terme mesurer l'impact de nos interventions sur les problématiques de santé rencontrées par les personnes vivant en habitats précaires.

Avez-vous porté une attention particulière à la place des personnes concernées dans vos interventions ?

Nous avons très rapidement recruté un mobilisateur communautaire roumanophone, et nous utilisons des services de traduction pour les autres langues. Comme dans tous

les terrains d'intervention, nous savons qu'une installation EHA peut impliquer des enjeux de pouvoirs, des problématiques communautaires. Il est très important dans toutes nos interventions de prendre en considération l'ensemble des besoins, de comprendre le tissu social, ce qui va aussi déterminer le nombre et l'emplacement des points d'eau, qui vont être adaptés selon les groupes sociaux, familiaux ou communautaires. Sur un bidonville de 200 personnes, il faudrait en théorie quatre robinets, mais il peut être nécessaire d'en installer dix pour que chacun puisse y avoir accès. Il s'agit donc en premier lieu de comprendre les dynamiques sociales, ce qui n'est possible que par l'analyse croisée des informations fournies par les acteurs associatifs et par des entretiens avec les habitants lors de nos diagnostics. Cette analyse croisée va ensuite permettre de proposer des emplacements et un nombre de points d'eau. On sollicite beaucoup les acteurs associatifs. Parfois, il faut ajuster la solution proposée car nous n'avions pas bien analysé, ou encore parce que les habitants ont évolué (certains sont partis, d'autres sont arrivés). Nous faisons un suivi dans le temps, au-delà de la simple installation des points d'eau : le mobilisateur a pour rôle de faire le tour des sites et de mettre à jour les besoins pour que ce service ne devienne pas un enjeu de pouvoir. Nous avons par ailleurs fait un atelier avec l'association Trajectoire afin de mieux comprendre les enjeux de pouvoirs, d'emprise. Pour le moment, nous parvenons à l'éviter, mais il peut y avoir des situations que nous ne sommes pas en mesure de voir. (*Propos recueillis le 31 mars 2021*)

**ACCÈS AUX SOINS
ET À LA PRÉVENTION**
POUR LES PERSONNES
EN SITUATION
DE PRÉCARITÉ

1. ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

LES POINTS ESSENTIELS

→ Le fait de vivre dans la précarité et la promiscuité est un des facteurs de risque d'être en contact avec le virus de la Covid-19.

→ Les conditions de vie précaires et l'absence de couverture maladie sont bien souvent peu compatibles avec l'observance des traitements et la continuité des soins pour les personnes souffrant de comorbidité. En 2020, 91 % des personnes reçues pour la première fois dans les Caso sont en habitat très précaire ; 98,2 % d'entre elles ont déclaré vivre en dessous du seuil de pauvreté et parmi elles, 48,5 % ont déclaré n'avoir aucune ressource.

→ En raison de la fermeture ou du fonctionnement au ralenti des structures médico-sociales, des ruptures de traitement et des renoncements aux soins ont été rapidement identifiés comme des problèmes prioritaires par les équipes de MdM dans le cadre des interventions liées à la Covid-19.

→ La crise, les mesures liées aux confinements et le fonctionnement en mode « dégradé » des administrations ont généré chez les populations en situation de précarité encore plus d'angoisses et du stress supplémentaire, notamment chez les mineurs non accompagnés (MNA).

LES CONDITIONS DE VIE, UN FACTEUR AGGRAVANT DE LA COVID-19

Il est difficile de prédire l'impact de la pandémie actuelle sur l'aggravation de l'état de santé des personnes accompagnées par les équipes de MdM. Cependant, l'étude « PréPreC » de MSF réalisée en Île-de-France a déjà montré que la séroprévalence de l'infection liée au virus de la Covid-19 s'était révélée très élevée chez les personnes en situation de précarité dans les centres d'hébergement (52 % contre 12 % en population générale) [Roederer, 2020]⁴⁵. Un des facteurs de risque d'être

en contact avec le virus de la Covid-19 est celui de vivre dans la précarité et la promiscuité. D'après l'étude Covid-Homeless de MdM et l'APHM menée à Marseille, les facteurs associés à l'infection par le SARS-CoV-2 sont le type d'hébergement (hébergement d'urgence, hôtel de mise à l'abri), le fait d'avoir plus de cinq personnes contacts par jour, de subir une perte récente de revenus et des difficultés d'accès aux produits d'hygiène (cf. encart sur l'étude Covid-Homeless, page 43). Or, les personnes rencontrées par MdM vivent pour la très grande majorité dans des conditions de vie extrêmement difficiles. Elles n'ont pas de logement stable et peu ou pas de ressources financières. Ainsi, 91 % des personnes reçues pour la première fois dans les Caso en 2020 sont en habitat très précaire : à la rue, en bidonvilles, squats ou campement, ou en hébergement temporaire chez des amis ou de la famille. La crise sanitaire n'a fait qu'aggraver la situation financière déjà très précaire, des personnes accueillies dans les Caso : en 2020, 98,2 % d'entre elles ont déclaré vivre en dessous du seuil de pauvreté. Parmi elles, 48,5 % ont déclaré n'avoir aucune ressource. Les personnes qui exerçaient une activité informelle n'ont plus eu la possibilité de la poursuivre ce qui a entraîné une perte de revenus et des difficultés à pouvoir accéder à des biens essentiels. En 2020, seuls 16,8 % ont déclaré avoir une activité rémunérée lors de leur visite en Caso (tableau 2), majoritairement non déclarée (14,5 %). En outre, les hommes sont plus nombreux que les femmes à exercer une activité rémunérée (20,3 % contre 10,2 % pour les femmes).

**TABLEAU 2 : ACTIVITÉ ET RESSOURCES⁽¹⁾ DES PERSONNES
DE 16 ANS ET PLUS ACCUEILLIES DANS LES CASO, 2020.**

	n	%
Exercent une activité pour gagner leur vie en France		
- Activité déclarée	197	2,3
- Activité non déclarée	1 262	14,5
Niveau de ressources financières (officielles ou non)		
- Aucune ressource	1 100	48,5
- Ressources inférieures au seuil de pauvreté ⁽²⁾	1 125	49,7
- Ressources supérieures au seuil de pauvreté	41	1,8

Taux de réponse : Activité : 86,2 % ; Ressources du foyer : 22,4 %.

(1) Situation au jour de la première visite.

(2) Ce seuil s'établit en 2018 à 1 063 € mensuel pour une personne seule et correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population (source : Insee).

(45) L'étude a été menée auprès de 818 personnes, entre le 23 juin et le 2 juillet 2020, réparties sur deux sites de distribution alimentaire, deux foyers de travailleurs et dix centres d'hébergement d'urgence, situés à Paris, dans le Val d'Oise et en Seine-Saint-Denis.

De plus, les données de la revue de la littérature et de Santé Publique France montrent qu'il existe aujourd'hui plusieurs facteurs qui augmentent la probabilité de développer une forme grave de la Covid-19 dont l'âge, le sexe, et la présence de comorbidités (maladies ou facteurs déjà existants avant l'apparition de la Covid-19) [HCSP, 2020]. En ce qui concerne l'âge, les personnes de 65 ans et plus sont, en effet, davantage touchées par les formes graves du virus. Par ailleurs, les études de séroprévalence révèlent que les personnes jeunes sont plus souvent asymptomatiques [Beale, 2020], population notamment dans les Caso. En effet, la population accueillie compte une majorité d'hommes (64,3 %) et est relativement jeune dans la mesure où la moyenne d'âge s'élève à 33,7 ans lors de leur première visite. Près de la moitié des personnes avaient entre 18 et 34 ans (49,5 %) et 8,8 % étaient mineurs en 2020 (1 252 mineurs). Concernant ces derniers, 3 % avaient moins de 5 ans. De plus, 674 mineurs non accompagnés ont été reçus dans les Caso ainsi que dans le cadre des programmes dédiés⁴⁶.

Les conditions de vie précaires des personnes reçues par MdM sont bien souvent peu compatibles avec l'observance des traitements et une continuité des soins. On constate que plus de cinq personnes sur dix vues dans les Caso en 2020 souffraient de pathologies chroniques (tableau 3). Ceci pose la question des modalités de prise en charge dans un contexte où la plupart d'entre elles ne disposent d'aucune couverture maladie. Dans la crise actuelle, elles peuvent donc être plus à risque de développer une forme grave de la Covid-19 en raison d'un mauvais suivi de leur santé, qui peut être augmenté par la présence d'une ou plusieurs comorbidités⁴⁷. Ces constats vont dans le sens des travaux de l'Irdes menés sur base de l'enquête « Premier pas » (2019) qui ont montré que les femmes et les hommes sans titre de séjour présentaient des risques de développer une forme grave de la Covid-19 plus élevés qu'en population générale [Marsaudon, 2020]. Les conséquences directes et indirectes du virus sur la santé physique et mentale peuvent alors frapper plus durement celles et ceux dont la situation sanitaire et sociale est déjà fragilisée [Longchamps, 2021].

TABLEAU 3 : PERSONNES REÇUES EN CONSULTATIONS MÉDICALES GÉNÉRALISTES DANS LES CASO PAR NATURE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUÉES, 2020.

	n	% ⁽¹⁾
Pathologie chronique	2 198	53,6
Pathologie aiguë	2 307	56,3
Indéterminée ⁽²⁾	190	4,6

Taux de réponse : 64,0 %.

(1) Le total dépasse 100 % car un même patient peut présenter simultanément une pathologie aiguë et une pathologie chronique.

(2) Le médecin n'a pas su déterminer si la pathologie était chronique ou aiguë.

ÉTUDE COVID-HOMELESS : IMPACT DE LA COVID-19 CHEZ LES PLUS PRÉCAIRES À MARSEILLE

Covid-Homeless est une étude de cohorte visant à évaluer la morbi-mortalité liée à la Covid-19 chez les personnes en situation de sans-abrisme à Marseille. Une enquête socio-anthropologique a également été réalisée en parallèle de cette étude auprès des acteurs médico-sociaux en charge des personnes sans abri [Nevissas, 2020]. Cette étude, débutée le 5 juin 2020 et comportant plusieurs campagnes de dépistage, associe un suivi de la séroprévalence à SARS-CoV-2 par test rapide de diagnostic sérologique et une évaluation de l'incidence des cas par réalisation de test PCR (réaction de polymérisation en chaîne). Les adultes invités à participer à l'étude étaient des personnes vivant en situation de sans-abrisme : habitants de squats, de bidonvilles, de centres hébergement ou de personnes en situation de précarité ne pouvant pas bénéficier d'une prise en charge par le droit commun. L'étude s'est déroulée sur deux phases : une première, de juin à début août, et une seconde, de septembre à décembre 2020.

Dès la première phase de l'étude en juin 2020, les équipes relevaient des difficultés multiples dans l'accès au dépistage et à l'accompagnement des personnes suivies : absence de droits ouverts à l'assurance maladie pour 30 % des personnes enquêtées, une comorbidité importante pour 50 % d'entre elles et mauvaise connaissance du réseau de soins, ou impossibilité de se déplacer. L'équipe mobile, composée de professionnels médico-sociaux et de médiateurs en santé, est intervenue sur l'ensemble des quinze arrondissements de la ville de Marseille, en coordination avec les tutelles et structures de droit commun (laboratoires de ville, Santé publique France et l'ARS pour le traçage des cas contacts). L'intervention s'est appuyée sur des outils de dépistage adaptés et proposait un accompagnement médico-social pour les personnes concernées (orientations, hébergement, etc.).

Au total, 1 249 participants ont été inclus. La séroprévalence globale de la Covid-19 était de 6,0 % lors de la première phase, et de 18,9 % lors de la deuxième. Le taux d'infection était significativement plus élevé chez les personnes en situation de sans-abrisme hébergées en particulier dans les hôtels et les hébergements d'urgence comparé aux autres lieux de vie. Presque la moitié des participants (47,9 %) ont rapporté des difficultés d'accès à la nourriture pendant le premier confinement, 31,0 % des difficultés d'accès à l'eau et 36,6 % aux produits d'hygiène. Par ailleurs, 40,6 % des personnes ont affirmé avoir des difficultés à contacter un travailleur social.

(46) 674 MNA ont été reçus dans les programmes Caso (305) ainsi que dans les programmes dédiés MNA (60 à Caen, 180 à Nantes et 129 à Paris).

(47) Haute autorité de santé, « Vaccins Covid-19 : quelle stratégie de priorisation à l'initiation de la campagne ? », 30 novembre 2020.

ALERTES AUX RENONCEMENTS ET RETARDS AUX SOINS CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

La fermeture ou le fonctionnement au ralenti de certains Caso et d'autres structures médico-sociales (Pass, Cegidd, PMI, etc.) pendant le premier confinement ont probablement eu des conséquences sur le non-recours se traduisant par des retards ou des renoncements aux soins. Alertées sur ce risque, certaines équipes de MdM ont rappelé les personnes suivies afin de les informer et de les rassurer sur la continuité des activités dans les Caso.

Par exemple, suite à la suspension temporaire des actions de dépistage, les activités de prévention de lutte contre le VIH et les hépatites ont fortement diminué dans les Caso en raison de la crise sanitaire avec seulement 7 % des patients de 15 ans et plus ayant reçu une proposition de dépistage à l'issue de leur consultation, soit deux fois moins qu'en 2019. Les acteurs de la lutte contre le VIH sur le terrain et Santé publique France ont également observé cette diminution du nombre de tests de dépistage du VIH effectués. Une reprise progressive est observée depuis la fin du premier déconfinement mais elle n'a pas encore permis de rattraper le retard pris [Santé publique France, 2020]⁴⁸. Plusieurs études ont, par ailleurs, déjà démontré que plus les soins surviennent tard, plus ils sont coûteux et ce d'abord humainement pour chaque malade [Trummer, 2015].

À trop se focaliser sur la lutte contre le virus de la Covid-19, les autres problèmes de santé ont eu tendance à ne pas être traités ou à être dépriorisés. Les mesures de confinement et les restrictions de mouvements ont constitué des obstacles à la continuité des soins, notamment le suivi des pathologies chroniques, des grossesses, etc. (cf. encart « Augmentation des inégalités d'accès aux soins pour les femmes en situation de précarité », page 45).

« Nous [équipe mobile de MdM] sommes allés, pendant le premier confinement, dans un squat de 250 personnes pour y proposer des consultations et orienter les personnes qui le nécessitaient. En retournant les voir régulièrement, on s'est rendu compte qu'ils étaient totalement abandonnés pour les autres problèmes de santé. »

[Programme de Strasbourg, 2020]

À l'instar des alertes des professionnels de santé constatant une diminution importante des recours aux soins en ville et en établissement⁴⁹, la problématique des ruptures de traitement et du renoncement aux soins a été rapidement identifiée comme prioritaire par les équipes de MdM dans le cadre des interventions liées à la Covid-19 et confirmée par la littérature [Marsaudon, 2020 ; Longchamps, 2021]. Ces derniers ont été gravement majorés par la crise. En

2020, les médecins généralistes de MdM ont estimé que 47,2 % des patients reçus dans les Caso présentaient un retard de prise en charge, un retard atteignant 62,9 % pour les patients atteints d'au moins une maladie chronique. Cette aggravation s'explique par plusieurs facteurs :

- La saturation des hôpitaux et des services des urgences, la fermeture brutale des structures de premier recours (notamment au début de la crise) ;

« La personne est suivie en PMI mais l'accueil était fermé. Son bébé fait ses dents et souffre. Nous tentons d'appeler les différents numéros de la PMI (dont celui d'urgence) mais aucun ne répond. Finalement, nous faisons appel à un médecin généraliste faisant partie du réseau de médecins solidaires Remedes de MdM, qui les recevra en consultation le lendemain. »

[Programme de Toulouse - Maraude sanitaires hôtels, mai 2020]

- Le développement de la prise de rendez-vous sur Internet et des téléconsultations a constitué en soi un obstacle à l'accès à la santé pour les populations marginalisées et en exclusion numérique ;
- Les déplacements des personnes en situation administrative précaire comme les déboutés d'asile ou les personnes en situation irrégulière ont été fortement limités en raison des restrictions de déplacement généralisés au cours des confinements d'une part, de la multiplication des contrôles policiers d'autre part – contrôles exacerbés à Mayotte et dans les territoires frontaliers. De plus, les instructions, confuses, ont amené certaines personnes à considérer qu'une visite non urgente chez un médecin n'était pas une raison justifiant un déplacement ;
- Enfin, des personnes reçues par MdM ont déclaré avoir peur de se rendre dans les lieux jugés dangereux, potentiellement contaminés, que sont les salles d'attente, les cabinets médicaux et les services d'urgences, totalement réorientés pour la prise en charge de la Covid-19.

Ce contexte a également fragilisé les stratégies de prévention que les consommateurs de produits psychoactifs avaient mis en place avant la crise. L'accès aux structures et au matériel de réduction des risques a en effet été compliqué par les restrictions de déplacement, laissant craindre une augmentation de l'exposition aux VIH, hépatites et infections bactériennes (abcès).

La crise sanitaire n'est venue que confirmer des situations de renoncement ou de retards aux soins déjà observées avant la Covid-19 [MdM, 2020]. Pendant que la crise s'installait, les problèmes identifiés ont été considérés par les médecins de MdM comme urgents ou assez urgents

(48) « Le Covid-19 perturbe la prise en charge, le dépistage et la prévention du VIH », vih.org, 7 octobre 2020.

(49) « Le renoncement aux soins lors du confinement, une perte de chance pour les plus fragiles », infirmiers.com, 4 mars 2021.

pour 41,0 % des patients reçus en consultation médicale généraliste en 2020. De plus, selon l'avis des médecins, 82,5 % des patients pris en charge dans les Caso nécessitaient un suivi et/ou traitement pour au moins une de leurs pathologies. **À Toulouse**, les équipes de MdM ont fait cas, par exemple, de personnes aux traitements interrompus ou repoussés dont celui d'un cancer de l'utérus non traité, d'une chirurgie ligamentaire reportée ou encore d'un cancer du sein avec un traitement par radiothérapie interrompu.

« M. X. est en rupture de traitement et n'a plus de C2S. Il a par ailleurs une problématique d'hypertension artérielle et de dépression non traitées et a une ordonnance mais ne peut acheter ses médicaments. Nous l'avons orienté vers la Pass avec un carton d'orientation pour faciliter son accueil. »

[Programme de Toulouse, 2020]

En 2020, les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés notamment chez les personnes reçues dans les Caso sont similaires à ceux relevés en 2019. Ils sont principalement d'ordre digestif (24,4 %), ostéoarticulaire (19,9 %) et respiratoire (18,0 %) et, dans une moindre mesure, dermatologiques (13,2 %), cardiovasculaires (8,6 %) et psychologiques (8,3 %). Les inégalités sociales en santé au cours de la crise ont été particulièrement manifestes en matière de santé bucco-dentaire. Ainsi, les équipes des Caso de MdM ont rapporté une augmentation des problèmes de santé bucco-dentaires, passant de 4,5 % en 2019 à 6,9 % en 2020. Cette augmentation pourrait s'expliquer par l'arrêt et/ou l'inaccessibilité des consultations aux urgences hospitalières ou dans les Pass dentaires, et la fermeture temporaire des cabinets dentaires.

AUGMENTATION DES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS POUR LES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Si la pandémie affecte l'ensemble de la population, les femmes sont plus touchées par la pauvreté et pourraient donc être davantage exposées au virus : selon l'Insee, elles sont plus nombreuses à être à la recherche d'un emploi, à percevoir des salaires moindres que leurs homologues masculins et à vivre plus souvent seules avec leurs enfants⁽⁵⁰⁾. Ces constats vont dans le sens des données collectées auprès des femmes reçues dans les Caso puisque 13,5 % d'entre elles vivaient seules avec un ou plusieurs enfants à charge contre 2,0 % des hommes en 2020. De plus, seules 10,2 % des femmes reçues dans les Caso en 2020 ont déclaré avoir eu une activité rémunérée contre 20,3 % chez les hommes.



Les conditions de vie des femmes enceintes sont particulièrement inquiétantes au regard de leurs risques d'exposition au virus puisque celles rencontrées dans les Caso étaient près de 90 % à être hébergées par des tiers, des associations (59,7 %) ou à vivre en squat, campement ou à la rue (27,6 %). De plus, neuf sur dix ne disposent pas de couverture maladie en France en 2020 (90,9 %). Les femmes en situation de précarité sont ainsi particulièrement impactées tant sur le plan sanitaire que socio-économique avec un effet notable sur leur état de santé et leur accès aux services de santé. Les femmes enceintes reçues dans les Caso étaient déjà très peu suivies avant la crise, et celle-ci n'a pas amélioré cette tendance. En 2020, 55,5 % des femmes enceintes reçues dans les Caso ont indiqué ne pas avoir accès à des soins prénataux et 37,9 % d'entre elles présentaient un retard de suivi de grossesse (absence de suivi après douze semaines d'aménorrhée). En outre, près de 6 % des femmes enceintes ont fait une demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG) lors de leurs consultations médicales généralistes ou gynécologiques en Caso (sachant que la prise en charge des IVG pendant la crise sanitaire a été rendue difficile du fait de la priorisation des interventions chirurgicales, du manque de masque au sein des centres de planification familiale et la fermeture de PMI dans certains territoires).

LA SANTÉ MENTALE :

INQUIÉTUDES FACE À LA COVID-19 POUR DES POPULATIONS AUX TRAJECTOIRES ET CONDITIONS DE VIE DIFFICILES

La littérature scientifique atteste désormais l'impact négatif des mesures restrictives, dont les confinements sur la santé mentale, en population générale et plus particulièrement chez les personnes en situation de vulnérabilité : prévalence élevée des états anxieux, dépressifs, des problèmes de sommeil et des pensées suicidaires [Gandré, 2020 ; CoviPrev, 2020]. L'ensemble des équipes de MdM a également constaté la souffrance psychologique des personnes reçues pendant cette période. En 2020, dans les consultations de médecine générale, des troubles psychiatriques ou psychologiques ont ainsi été plus fréquemment diagnostiqués lors des deux périodes de confinement et depuis l'instauration du couvre-feu. Les troubles anxieux, caractérisés par de l'anxiété, du stress ou des troubles psychosomatiques, sont les principaux diagnostics posés par les médecins. Ils sont suivis par les syndromes dépressifs chez les personnes reçues dans les Caso. Ces résultats rejoignent le premier volet de l'étude ECHO menée dans 18 centres d'hébergement en juin 2020 qui a montré que « 37 % des personnes interrogées s'étaient senties plus seules qu'auparavant durant cette période et que des symptômes évocateurs d'une dépression modérée à sévère

étaient présents chez 28,5 % des participants » [Longchamp, 2021]. La crise et les mesures liées au confinement ont ainsi généré chez les populations en situation de précarité encore plus d'angoisse et du stress supplémentaire pour des vies déjà marquées par des ruptures, des décès, des violences et des conditions de vie difficiles.

« La mère nous parle de ses crises d'angoisse, qu'elle arrive plus ou moins à gérer. Seule avec ses trois enfants, elle craint beaucoup qu'ils tombent malades ou qu'elle même soit contaminée. »

[Programme de Toulouse, avril 2020]

Certaines personnes cumulant une souffrance physique et psychique ont partagé aussi leur désarroi face à la situation et les mesures de confinement, préférant prendre des « risques » comme le non-port du masque et exprimant le fait de ne « pas tenir beaucoup à la vie ».

L'IMPACT DE LA COVID-19 SUR LA SANTÉ MENTALE DES HABITANTS DES COMBRAILLES

Le parcours de soins en santé mentale pour les personnes en situation de précarité vivant en zone rurale était déjà jonché d'obstacles avant la crise. Celle-ci exacerbe des difficultés déjà connues telles que l'absence de professionnels sur le territoire, les difficultés de déplacement, le coût d'une consultation psychologique et la sectorisation de la psychiatrie. Les médiateurs en santé de MdM dans les Combrailles (Auvergne-Rhône-Alpes) ont pu percevoir chez les personnes rencontrées en 2020 un état de santé psychologique préoccupant, les conduisant à recommander une consultation avec un psychologue bénévole du programme. Les consultations individuelles, qui se sont aussi déroulées par téléphone, ont augmenté de 34 % par rapport à 2019. Pour 94 % des personnes rencontrées dans le cadre de ce programme, cette souffrance a eu un impact sur leur vie sociale : pour 72 % sur leur vie professionnelle et pour 78 % sur leur vie familiale. Par ailleurs, 28 % des personnes déclarent percevoir leur santé mentale comme « mauvaise ». Les médiateurs ont également noté en 2020 une augmentation importante de témoignages concernant des violences intra-familiales.

Cet état de fait s'explique par la conjugaison de deux éléments : d'une part, la prévalence d'une culture rurale où les personnes les plus isolées méconnaissent souvent leurs droits, ne sont pas « demandeuses d'aide » et ne sont pas formées et/ou ont peu d'intérêt à l'outil informatique ; d'autre part, un désengagement croissant sur le territoire des services publics, une désertification médicale qui s'intensifie, une offre de services éclatée



et peu lisible. Par ailleurs, les représentations concernant la santé mentale des personnes rencontrées dans le cadre du programme de MdM révèlent une vision négative d'elles-mêmes allant jusqu'à un amalgame autour de la folie. Parmi les quelques personnes qui songeaient à se faire aider, 50 % d'entre elles ont renoncé aux soins de santé mentale pour des raisons de délai d'attente, et 67 % pour des raisons de coût.

LES MAUX DE L'EXIL ET LA COVID-19

« M. D. habite dans un squat. Il consulte, le 17 juillet, un psychologue chez MdM. Cet homme de 30 ans est arrivé en France il y a quelques mois après un voyage de quatre ans (dont un passage en prison en Syrie). Son état psychologique, déjà lourdement affecté par son histoire, ne s'est pas amélioré lorsqu'il a été confiné quinze jours après avoir été testé positif à la Covid-19. À cela s'ajoute la réception d'un avis d'expulsion mentionnant son nom. Ce patient, en plus de présenter tous les symptômes d'une dépression, déclare lors de la consultation avoir des idées suicidaires. Il a été orienté vers le centre médico-psychologique. »

[Programme de Toulouse, 2020]

La souffrance psychique liée à la détresse sociale, à la précarité administrative, aux conditions de vie et aux incertitudes devant l'avenir, était déjà une constante avant la crise sanitaire pour les personnes exilées [Veisse, 2017 ; Centre Primo Levi, 2018 ; MdM, 2018]. Elles ont subi de plein fouet le confinement, avec des difficultés à se rendre aux distributions alimentaires, et parfois contraintes par les forces de l'ordre de rester dans des sites sans eau ni toilettes comme ce fut le cas, par exemple, dans un campement à Aubervilliers⁵¹. Elles ont, de plus, bien souvent été exposées à des phénomènes de violences et confrontées à des événements traumatiques lors du parcours migratoire. Chez les personnes étrangères reçues dans les Caso, le facteur le plus fortement associé à la présence de troubles d'ordre psychologique demeure, comme les années précédentes, le fait d'avoir déclaré une exposition à des situations de violence lors du parcours migratoire. Les étrangers victimes de violence reçus dans les Caso ont 2,9 fois plus de risques de présenter une pathologie psychologique ou psychiatrique par rapport aux autres personnes étrangères. Ainsi, l'apparition de la Covid-19 et les mesures de confinement ont davantage mis à l'épreuve des personnes aux parcours migratoires déjà longs, difficiles et violents et notamment les demandeurs d'asile reçus dans les Caso. En 2020, 13 % d'entre eux présentaient d'ailleurs des troubles d'ordre psychologique contre 7 % pour les autres étrangers reçus dans les Caso.

(51) Cette situation n'a cessé que fin mars, sous la pression des associations, avec la mise à l'abri de plus de 700 personnes dans des gymnases et des hôtels, dans des conditions loin d'être idéales en matière de sécurité sanitaire liées à la Covid-19. Pour compléter : communiqué de presse de MdM, « Témoignage : en Île-de-France, aider les plus démunis face à l'épidémie de coronavirus », 25 mars 2020.

Par ailleurs, le non-accès aux rendez-vous en préfecture, la non-remise des récépissés ou encore le non-renouvellement des titres de séjour pendant le premier confinement mais aussi les retards de traitement des demandes de couverture maladie constatés par les équipes, le tout numérique pour accéder aux droits⁵² ont pu être vécus par les personnes migrantes comme des situations de violence administrative ou institutionnelle.

Les mineurs non accompagnés (MNA) n'ont pas été épargnés par les conséquences de la pandémie de la Covid-19. Une étude menée par MdM à Paris entre mars et mai 2020⁵³ a montré que le contexte de la crise sanitaire, et en particulier les mesures du premier confinement, ont changé la vie quotidienne des MNA et renforcé leur isolement, qu'il s'agisse de leur lieu de vie (la plupart d'entre eux vivent dans un état de sans-abrisme chronique), de leur logement (souvent inadéquat), de leur accès à la nourriture (difficulté d'accès aux services alimentaires liée au manque d'informations sur les sites de distribution), ou de leur accès à l'information. Ainsi, le sentiment de peur ou d'anxiété et le sentiment de solitude, ont été retrouvés respectivement chez 70 % et 75 % des MNA reçus par les équipes à Paris, dès la première semaine du confinement. Le phénomène de confinement a pu aussi réactiver des traumatismes passés, tels que le sentiment d'abandon selon les psychologues. Il a pu aussi, par ailleurs, faire écho à des situations d'enfermement forcé vécues pendant leur parcours migratoire en particulier pour celles et ceux qui ont été détenus et/ou soumis au travail forcé en Libye. Les besoins en santé psychique étaient importants, tout particulièrement durant les semaines qui ont précédé la fin du confinement : plusieurs MNA ont déclaré être inquiets du fait de devoir retourner à la rue. Près d'un tiers des MNA suivis disaient avoir des troubles du sommeil : ce symptôme fréquent serait en fait la traduction de problèmes de santé psychique généraux. Enfin, une différence marquante avec l'avant confinement, selon plusieurs répondants, concerne le fait que les jeunes ont davantage exprimé le besoin de parler à un psychologue ou psychiatre, augmentant ainsi la sollicitation de cette profession au sein du programme [Gauthier, 2020]. Ces résultats vont dans le sens d'une autre étude portée par MSF et le Comede [Comede, 2021].

« Alors que ces jeunes présentaient déjà un état de santé psychique fragilisé, les professionnels considèrent que dans le contexte très anxiogène du confinement, il existe un risque accru d'effondrement psychologique dû à la réactivation de traumatismes anciens et notamment la réitération d'un sentiment d'abandon. »

[Lettre ouverte adressée aux autorités, avril 2020]⁵⁴

RETOUR D'EXPÉRIENCE DE LA CELLULE D'ÉCOUTE PSYCHOLOGIQUE AUPRÈS DES MNA ET JEUNES MAJEURS (PROGRAMME MNA DE PARIS)

En raison du peu de possibilités de prise en charge, MdM a mis en place une cellule d'écoute psychologique auprès des MNA et jeunes majeurs à Paris. Du 16 mars au 10 mai 2020, 356 consultations téléphoniques ont été assurées par l'équipe de psychologues/psychiatres en réponse aux besoins en santé psychique des enfants et adolescents non accompagnés. Ce suivi a permis d'apporter un soutien visant à briser, en partie, l'isolement de certains jeunes.

La majorité des jeunes écoutés souffraient antérieurement de stress post-traumatique, de dépression ou d'anxiété. Du fait de l'isolement social amplifié pendant le confinement, la souffrance psychique déjà existante s'est vu renforcée ou additionnée à de nouveaux troubles (rumination, hypocondrie, réminiscences traumatiques, symptômes dépressifs).

Les psychologues ont été confrontés à des jeunes angoissés parce qu'ils craignaient de contracter le virus, en grande détresse parce qu'ils étaient privés de tout lien social, ou encore désemparés d'être livrés à eux-mêmes, sans logement stable et parfois à la rue. La peur d'être contrôlés par les autorités et verbalisés a également renforcé pour certains leur état d'anxiété.

Certains jeunes vivaient dans des chambres d'hôtel sans contact social et sans possibilité de connexion numérique. D'autres vivaient confinés dans des squats insalubres, indignes et surpeuplés.

Par ailleurs, la scolarité s'est interrompue sans possibilité d'étudier à distance par manque de moyens matériels. La fermeture des lieux ressources (associations, accueils de jour, médiathèques, etc.), a également eu un impact non négligeable sur leur bien-être et leur santé mentale.

Ce confinement a pour certains rappelé des souvenirs traumatisants de leur parcours migratoire (séquestration, emprisonnement, anxiété collective). Cette situation a ainsi pu donner à certains jeunes l'impression de revenir à zéro et de s'être enfuis d'une prison pour y revenir.

(52) Il est désormais possible de faire une demande d'AME à distance, par Internet mais cette démarche demande de scanner des documents, et représente un obstacle supplémentaire pour un public à la rue ou vivant en habitat informel (cf. partie « Accès aux droits », page 53).

(53) Présentation de Lara Gautier et Stéphanie Nguengang-Wakap à la journée scientifique de MdM « Évolution des besoins en santé et soutien psychosocial des mineurs non accompagnés non protégés et adaptation de l'offre de soins à Paris dans le contexte de la Covid-19 », 18 novembre 2020.

(54) Lettre ouverte d'associations et d'avocats au Premier ministre et ministres. Demande de mesures contraignantes pour assurer la protection de tous les mineurs non accompagnés dans le contexte de l'épidémie de la Covid-19, 6 avril 2020.

2. PRÉVENTION DE LA COVID-19 AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

LES POINTS ESSENTIELS

→ Pour répondre à la crise sanitaire en 2020, MdM a

multiplié les interventions de prévention et/ou de continuité des soins dans les lieux de vie déjà connus de l'association et dans de nouveaux sites tels que des foyers ou des structures d'hébergement d'urgence ; Interventions, qui pour certaines, se sont inscrites dans la réponse de droit commun.

→ Pendant la crise sanitaire, les équipes ont pu observer une réticence des personnes à se faire dépister et à accepter les mesures d'isolement d'où l'importance de consulter les personnes concernées dans la proposition et l'utilisation d'outils de prévention et d'information adaptés. Réticence que l'on a observée quelques mois plus tard concernant la vaccination.

→ Les centres d'hébergement solidaires (CHS) ou centres de desserrement ont été largement sous-utilisés. En effet, les modalités d'accueil et les conditions de prises en charge n'ont pas toujours été en adéquation avec les demandes ou les propositions d'orientation par les équipes de terrains et les besoins des personnes concernées.

Un enjeu majeur de la crise sanitaire réside encore dans le repérage des personnes touchées par le virus parmi celles qui sont les plus éloignées du soin et qui ont donc moins accès à un professionnel de santé. Les personnes vues par MdM n'ont souvent aucune couverture maladie ou sont bénéficiaires de l'Aide médicale d'État (AME), ce qui ne leur permet pas d'être déclarées auprès d'un médecin traitant. Par exemple, un contact téléphonique avec son médecin traitant, dès lors que des symptômes de la Covid-19 apparaissent, peut, en principe, faciliter la prise en charge. Or, cet acte assez simple est impossible pour beaucoup de personnes en grande précarité.

Deux dispositifs principaux à destination des publics en situation de précarité ont été tardivement mis en œuvre par la plupart des Agences régionales de santé : des équipes mobiles sanitaires (EMS) pour repérer, évaluer et orienter les personnes à la rue, en habitat précaire ou en centre d'hébergement touchées par la Covid-19 d'une part ; et des centres

d'hébergement spécialisés (CHS) ou « centres de desserrement » d'autre part accueillant les personnes sans domicile affectées par le virus, mais ne présentant pas de complication (cf. partie sur les centres de desserrement, page 51).

Les stratégies successives gouvernementales « tester-iso-ler-tracer » et « tester-alerter-protéger » pour lutter contre la propagation du virus ont rencontré plusieurs obstacles à l'adhésion et la participation de l'ensemble de la population et notamment des personnes en situation de précarité. Dans leur mise en œuvre, elles ont montré dans certains territoires une discordance et un manque d'anticipation : saturation des lieux de dépistage, retards dans la délivrance des résultats, méfiance des personnes à l'égard du dépistage et *in fine* une sous-utilisation des centres de desserrement pour les personnes testées positives à la Covid-19 et, enfin, un manque d'implication de la médecine de ville. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommandait, dans un avis du 30 mars 2020, d'assurer un accompagnement spécifique des publics précaires en facilitant « la réalisation des tests de diagnostic virologique » et en permettant « d'identifier et de prendre en charge de façon précoce les personnes porteuses du SARS-CoV 2. » [HCSP, 2020]. Malgré ces recommandations et bien que les dépistages systématiques aient été étendus et leur accès grandement amélioré à partir du 25 juillet 2020, certaines personnes sans couverture maladie ont, malgré tout, pu être confrontées, au début, à des difficultés à se faire dépister.

« Lors du premier confinement, concernant les centres de dépistage il était indiqué que ces derniers se faisaient sur présentation de la carte vitale. Après discussion avec l'ARS, les personnes ont pu avoir accès au dépistage plus facilement. »

[Programme de Bordeaux, 2020]

PANORAMA DES INTERVENTIONS MISES EN PLACE PAR LES ÉQUIPES DE MDM

Dans le cadre de l'accompagnement en santé des personnes, MdM coordonnait déjà, avant la crise, 38 programmes mobiles basés sur une démarche d'« aller-vers » : un déplacement physique hors les murs avec une approche

globale en santé de la personne (cf. *partie concernant la médiation en santé*, page 74). Témoin direct des difficultés d'accès aux soins durant la crise, les équipes de MdM se sont (ré)organisées autour de modalités d'intervention multiples qui ont pu coexister sur une même région à savoir :

- Des activités de médiation en santé en appui des équipes sanitaires des Pass mobiles ou de certaines équipes hospitalières ;
- L'adaptation des activités d'« aller-vers » en lien avec les enjeux de la Covid-19 ;
- Le maintien – autant que possible et avec des modalités adaptées, de la continuité des activités régulières afin de ne pas négliger les autres problèmes de santé ;
- La participation et/ou coordination des dispositifs nationaux « équipes mobiles sanitaires (EMS) » créés par les ARS et constitués de médecins, d'infirmiers, de médiateurs en santé et quand cela était nécessaire, d'interprètes professionnels.

MdM a ainsi mis en place des activités de prévention ou de continuité des soins dans les lieux de vie dans lesquels l'association étaient déjà présente avant la crise, mais aussi dans de nouveaux squats, bidonvilles, et sites tels que des foyers ou des structures d'hébergement d'urgence. Ces interventions ont rapidement permis :

- D'informer correctement les personnes sur la Covid-19 pour éviter les fausses rumeurs et sensibiliser aux moyens de prévention comprenant autant les mesures barrières que les restrictions de déplacement s'il y en avait.
- De les doter, si besoin, d'attestations de déplacement ou de matériel de prévention (masques, savon, etc.).
- De dépister directement dans le cadre des EMS ou d'orienter les personnes possiblement infectées par le virus vers les structures de dépistage du territoire.
- D'assurer la continuité des soins, essentiellement pour les personnes porteuses de maladies chroniques en rupture de traitements quand l'orientation vers le droit commun n'était pas faisable comme ce fut le cas par exemple pour la mission banlieue de Saint-Denis, les Caso de Montpellier, Nancy, Bordeaux et Nice.
- De s'assurer de la continuité de l'accès aux droits.

Et enfin de renforcer les connaissances en matière de la Covid-19 des autres intervenants sociaux (associations de distributions alimentaires, acteurs de l'hébergement, maraudeurs en inter associatif, etc.) auprès des publics précaires (cf. *encart, ci-contre*).

LA FORMATION POUR APPRÉHENDER LA MALADIE (ÉQUIPE DE MDM À METZ)

Durant le premier confinement, l'équipe de MdM à Metz a été interpellée par plusieurs partenaires du secteur social sur leurs difficultés à gérer le flot continu d'informations et identifier les conduites à tenir. Un groupe de six personnes de l'Association d'Information et d'entraide mosellane⁵⁵ a donc été formé début mai 2020 par l'équipe MdM notamment par un médecin et une infirmière bénévole de MdM, exerçant également au sein d'un service Covid du CHU de Metz et accompagnée d'un biologiste travaillant sur l'analyse et la fiabilité des tests de dépistage. La formation a été divisée en deux parties : une mise à niveau des informations sur le virus et un temps d'échange sur la conduite à tenir face aux publics en situation de précarité. Cette session a permis de consolider les connaissances et de diffuser une information fiable sur la maladie et les conditions optimales d'accueil des personnes précaires. La collaboration inter associative a par ailleurs été renforcée et a aussi permis d'interroger les pratiques au quotidien, tout en faisant le lien avec le contexte sanitaire local et son évolution. Une seconde session de formation a ensuite été proposée en juin 2020 aux bénévoles de MdM. Les données sanitaires départementales du module ont été adaptées au contexte régional du Grand-Est en vue d'être diffusées de façon plus large auprès des équipes MdM et de ses partenaires.

49

LA PROBLÉMATIQUE DE L'ADHÉSION DES PERSONNES AUX ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Les incompréhensions et les différents points de vue autour des questions de santé publique sont souvent l'expression de croyances ou de perceptions qui résultent des parcours de vie des personnes. La question des représentations en santé a pris une place importante dans la lutte contre la Covid-19, qu'il s'agisse de celles autour de la maladie (« le virus n'existe pas »), des outils de prévention (« Dieu me protège, je n'ai pas besoin de vaccin ») ou des réponses apportées (« être orienté en centre de desserrement signifie perdre peut-être sa place en squat »).

Les expériences partagées durant la crise de la Covid-19 par les intervenants MdM ont parfois montré les travers déjà bien connus dans le cadre d'autres actions de prévention secondaire (dépistage VIH, hépatites B et C) que sont : le manque d'anticipation des actions, l'absence de consultation des personnes concernées, et l'inadaptation ou l'absence d'information mais aussi d'objectif commun entre les acteurs impliqués. Tous ces éléments peuvent remettre en question

(55) L'Association d'information et d'entraide mosellane (AIEM) a pour mission d'accompagner et de rendre plus autonome les personnes en difficultés en répondant à différents types de besoins (hébergement/logement, accompagnement social et accueil, etc.).

l'adhésion des personnes aux services de prévention. Une démarche de prévention – pour être efficace – doit ainsi pouvoir s'adapter aux territoires et aux publics concernés. Ainsi, pendant la crise sanitaire, les équipes ont pu observer des obstacles qui concernaient pour beaucoup la réticence des personnes à se faire dépister, vacciner et à accepter les mesures d'isolement.

UN ENJEU CENTRAL : COMMUNIQUER SUR LES STRATÉGIES DE DÉPISTAGE ET DE VACCINATION

Certaines stratégies de dépistage ont dû être réajustées. Ce fut le cas à Montpellier où le grand nombre de cas positifs dans un squat, considéré alors comme foyer épidémique, a rendu moins pertinent l'orientation systématique des personnes testées positives vers le site de desserrement. Sur 52 tests réalisés, plus du tiers (36,5 %) étaient positifs et l'orientation vers le centre de desserrement n'a été acceptée que par quelques personnes (3 sur 18 séropositives) interrogeant ainsi l'adéquation des réponses aux besoins des personnes. Au vu de la proportion élevée d'hommes jeunes isolés ne présentant pas de facteurs de risque, l'hypothèse a été celle d'un nombre important de cas positifs non dépistés et d'une forte immunisation parmi les habitants mais avec un risque faible de complications individuelles. Au final, il a été jugé plus pertinent d'assurer une veille médicale rapprochée pour repérer les personnes qui développeraient des formes symptomatiques et de tenter de limiter la diffusion du virus dans et en dehors du squat.

Par ailleurs, la complexité des solutions et des orientations proposées pour dépister des personnes n'ayant pas de couverture maladie et le manque de souplesse des parcours de santé ont constitué un frein organisationnel important. Selon les équipes de MdM, le circuit prévu pour les personnes sans couverture maladie était particulièrement complexe, peu lisible ou inexistant.

« M. X., récemment arrivé en France, nous dit qu'il tousse et a de la fièvre depuis qu'il est en France. Le médecin propose un dépistage de la Covid-19. Après plusieurs appels, nous l'orientons et l'accompagnons en fin de matinée aux urgences. Aux urgences, on nous envoie vers le centre de prélèvement Covid qui est en face des urgences. Au centre de prélèvement, on nous informe qu'il faut appeler pour prendre rendez-vous. Au téléphone, la personne mentionne qu'il faut une ordonnance et des droits ouverts (une carte vitale précisément). Or, M. X. n'a pas de couverture maladie. Cette activité semble nouvelle pour le laboratoire. Il n'y a pas de rendez-vous possible avant mercredi. Nous allons à la Pass qui nous informe qu'elle ne fait pas de dépistage et qu'il faut aller aux urgences car cela relève d'une urgence.

Nous repartons aux urgences. Après la présentation de mon parcours dans l'hôpital à un médecin, un cadre de santé me précise que le dépistage ne se fait aux urgences que pour les patients qui y sont hospitalisés. Le dépistage n'a donc pas pu se faire. M. X. est raccompagné près de son lieu de vie, et on lui propose de prévoir un autre dépistage dans une autre Pass de la ville, mercredi avec accompagnement. Mais M. X. ne veut plus se faire dépister. Il craint le regard des autres membres de sa communauté. »

[Programme de Lyon, juillet 2020]

Des réticences à la proposition d'un dépistage ont pu être exprimées par des personnes rencontrées par les équipes de MdM. Une mauvaise communication ou une communication tardive sur la crise ont pu fortement contribuer à une décrédibilisation, voire un rejet des dépistages : incompréhension quant à la raison du dépistage sur un site plutôt qu'un autre ; incompréhension sur des notions comme celles de porteur asymptomatique contagieux ou d'isolement ; crainte de la perte de son hébergement si le résultat du test est positif ; difficulté à adhérer à une démarche de dépistage en l'absence d'amélioration en parallèle des conditions sanitaires sur le site et à faire entendre la confidentialité des résultats à un référent de squat.

Les fausses rumeurs sur la Covid-19 se sont également répandues rapidement d'où l'importance de communiquer sur le virus et ses mesures de prévention. Un travail important des équipes de MdM a été entrepris pour déconstruire les représentations que pouvaient avoir les personnes rencontrées à l'égard du virus considéré comme « une maladie créée par les autorités pour éliminer les plus faibles ». Certaines personnes ont refusé de se faire dépister pensant qu'un « homme jeune en bonne santé, une personne d'origine subsaharienne ou encore une personne ayant été en contact avec le virus Ebola ne peut pas être atteint par la Covid ». Elles ont aussi exprimé leurs craintes d'être contaminées lors du prélèvement ou par le matériel mis à disposition, ou d'être incluses à leur insu dans un protocole médical, de faire l'objet d'expérimentations, ou encore d'être contraintes à des prises médicamenteuses.

Des représentations similaires ont été observées également, quelques mois plus tard en matière de vaccination. En effet, certaines représentations concernant les vaccins, et notamment chez les populations migrantes, sont ancrées dans les anciennes pratiques de la médecine coloniale ou dans les campagnes de vaccinations encore aujourd'hui obligatoires dans certains pays [Peiretti-Courtis, 2021]. Les équipes de MdM ont rapporté des discours de personnes exprimant des craintes à se faire vacciner en partie dues à la désinformation qui circulait sur les réseaux sociaux. Les discours concernant ces représentations étaient de l'ordre de :

- La négation de la pandémie : « le virus n'existe pas » ;
- La méfiance à l'égard des gestes médicaux de prévention : « on va nous introduire des choses dans le corps » ;

- Ou encore le mysticisme : « c'est Dieu qui protège », « le vaccin c'est le 666 ».

De plus, chez certaines populations vulnérabilisées et discriminées depuis longtemps en France, il existe des défiances tenaces à l'égard des dispositifs de l'État, et la manière dont les personnes se sont senties maltraitées (expulsions, discriminations, violences policières) et particulièrement depuis le début de la crise sanitaire. Enfin, il y a pu avoir des pressions intracommunautaires ou du chef de lieu de vie qui ont pu constituer des obstacles au libre consentement des personnes à accepter ou à refuser de se faire vacciner ou tout simplement à montrer leur résultat de test antigénique.

LES MESURES D'ISOLEMENT : CENTRES DE DERSEMENT ET STRUCTURES D'HÉBERGEMENT

Dans le cadre de la lutte contre la Covid-19 et du déploiement des dispositifs de mise à l'abri des populations les plus précaires, 97 centres d'hébergement spécialisé (CHS) ou centres de desserrement ont été créés dans 80 départements, offrant 3 600 places et gérés par des collectivités publiques locales, des associations ou la Protection civile. Il s'agissait de centres ouverts aux personnes malades de la Covid-19 sans gravité, ainsi qu'à celles ayant été en contact avec une personne malade. Elles pouvaient y rester jusqu'à leur guérison (en général deux à trois semaines) mais sans obligation. Les personnes dont les symptômes revêtaient un niveau de gravité nécessitant des soins médicaux plus soutenus étaient alors orientées vers les hôpitaux. Le suivi médical était assuré par des professionnels de santé.

Ces centres ont été largement sous-utilisés. Entre octobre 2020 et février 2021, le taux d'occupation n'a guère dépassé 16 % au niveau national. Quelques pics locaux et temporaires ont pu être constatés, mais sans jamais excéder 50 %⁵⁶. Par exemple, six personnes ont été accueillies dans le CHS de Nice, et seulement une vingtaine à Strasbourg orientées par MdM et une trentaine à Lyon orientées par l'ESM durant le premier confinement. Si le nombre important de personnes asymptomatiques – porteurs de la Covid-19 sans le savoir – pourraient expliquer en partie cette sous-utilisation, cela n'explique pas tout. En effet, les modalités d'accueil et les conditions de prises en charge n'ont pas toujours correspondu avec les demandes ou les besoins d'orientation par les équipes de terrains et les besoins des personnes concernées. Ce fut le cas notamment à **Toulouse** où il ne pouvait pas accueillir dans de bonnes conditions des familles avec de nombreux enfants. De même à **Marseille**, le CHS a été pensé pour une mise à l'isolement de personnes seules et majeures alors que les publics rencontrés par MdM étaient principalement des familles avec enfants.

Certaines équipes ont exprimé des réticences à orienter les personnes concernées vers des structures d'hébergement où l'absence de distanciation physique était au moins équivalente à leur lieu de vie, mais sans l'avantage d'être au sein de leur communauté.

À **Montpellier**, les propositions d'hébergement ont été soumises, lors du premier confinement, à la condition que les personnes acceptent de passer un test de dépistage. Si cette condition pouvait s'entendre du point de vue des acteurs de l'hébergement, elle s'est avérée être aussi un frein aux orientations. Les personnes ont en effet exprimé des craintes de ne jamais retrouver leur place initiale dans leur logement, en cas de résultat positif au test de la Covid-19 [RUSH, 2020].

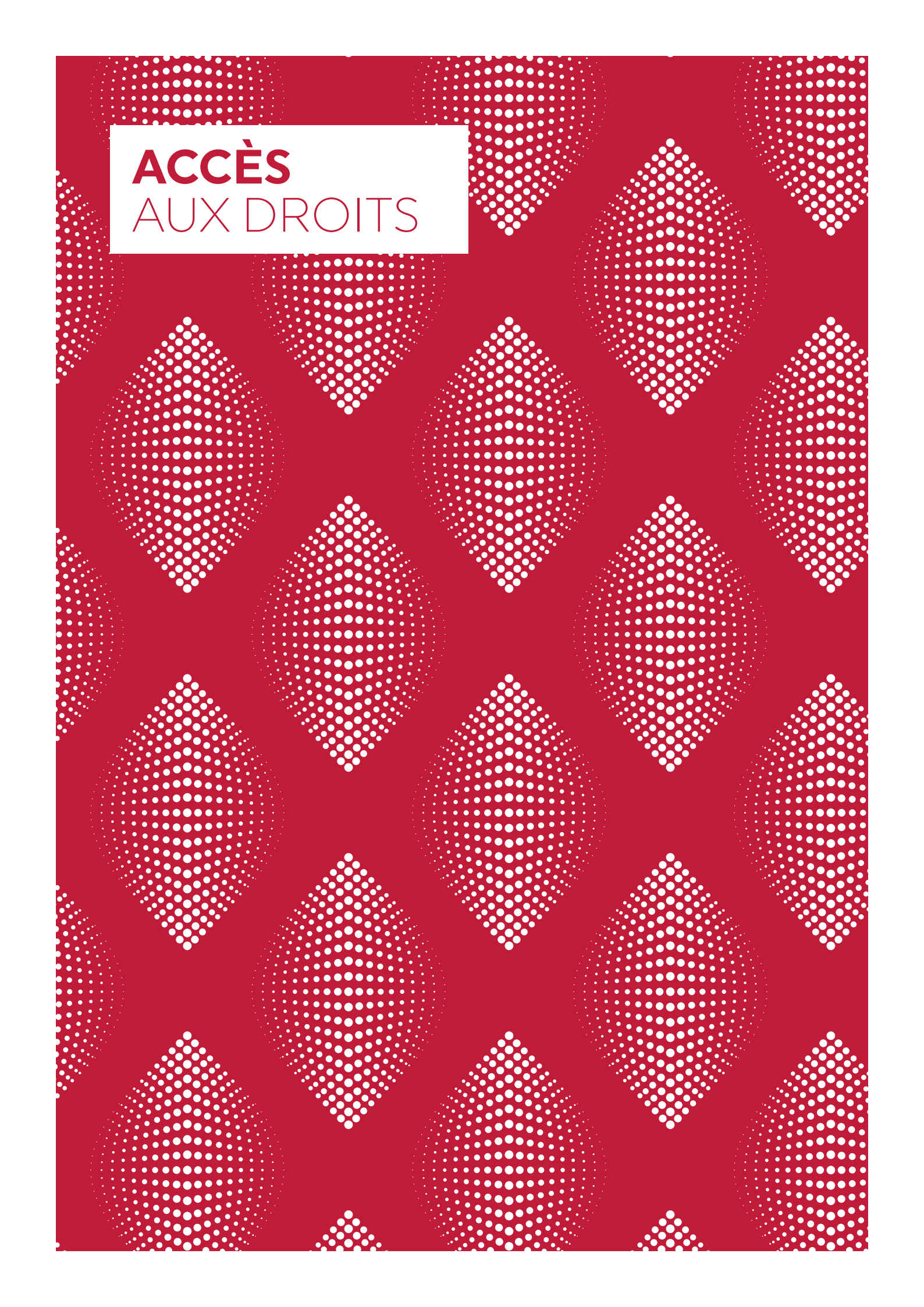
« L'offre d'hébergement limitée sur une période n'excédant pas trois semaines est un autre frein. À quoi bon accepter cette orientation sans indication très précise sur les conditions dans lesquelles cela se fera, au risque de perdre sa place dans le squat, pour seulement trois semaines, en particulier lorsqu'on n'a pas de symptômes ? »

[Programme de Montpellier, retour d'expérience d'un dépistage dans un squat, 2020]

À **Lyon**, certaines personnes ont refusé de se confiner dans des centres en périphérie de la ville « dont ils ignoraient tout », d'autant qu'il leur paraissait possible de se confiner sur place au sein de leur lieu de vie. À **Toulouse**, si une bonne collaboration avec le SIAO et une diversification de l'offre d'hébergement ont pu être observés, la lenteur de la mise en place des dispositifs, le manque d'adaptabilité et d'accompagnement de certaines structures d'hébergement ont participé au manque d'adhésion de certaines personnes à se faire dépister. Des personnes dépistées positives à la Covid-19 ont alors préféré se confiner sur leur lieu de vie au lieu d'être isolées dans un centre de desserrement. D'autres personnes ont tout bonnement refusé de se faire tester.

« Le manque de flexibilité des solutions proposées a participé au manque d'adhésion de certaines personnes lors de dépistages organisés. Sur le campement X, toutes les personnes dépistées positives à la Covid-19 ont refusé l'hébergement au centre de desserrement de la Ramée et ont préféré un confinement sur leur lieu de vie. À cause de ce manque de solutions adaptées, certaines personnes ont refusé de se faire tester. »

[Programme de Toulouse, 2020]



ACCÈS AUX DROITS

1. LA RÉFORME RESTRICTIVE DE L'ACCÈS AUX DROITS DE SANTÉ DES ÉTRANGERS DE 2019 : UNE APPLICATION TOUT JUSTE RALENTIE PAR LA CRISE

LES POINTS ESSENTIELS

→ Mise en place du premier confinement tout juste trois mois après l'adoption d'une réforme régressive sur les droits de santé des étrangers. Dès sa mise en œuvre, cette réforme est apparue comme allant à l'encontre des enjeux de santé publique, en pleine pandémie mondiale.

→ En 2020, 70,1 % des personnes reçues dans les Caso n'avaient pas de couverture maladie effective alors qu'elles y avaient théoriquement droit ; et parmi uniquement les personnes relevant théoriquement de l'AME, 81,8 % n'avaient aucune couverture maladie.

54

Le premier confinement a commencé tout juste trois mois après l'adoption d'une réforme très régressive sur les droits de santé des étrangers fin 2019, qui instaurait notamment des délais de carence de trois mois pour les demandeurs d'asile et les personnes en situation irrégulière avant d'accéder à une couverture maladie (cf. encart page 55 [Légifrance, décembre 2019]). Elle fut adoptée malgré les alertes et mobilisations de nombreuses institutions, de travaux universitaires, de soignants, de parlementaires, d'acteurs associatifs qui dénonçaient ses effets délétères [MdM, 2020]. Dès sa mise en œuvre elle est apparue comme allant à l'encontre des enjeux de santé publique, en pleine pandémie mondiale.

Cette réforme est un recul supplémentaire dans l'accès aux droits et aux soins des étrangers indépendamment de leur situation administrative. Elle fragilise l'ensemble du système de maintien des droits, rend quasiment impraticable le passage d'un système de couverture sociale à un autre, réduit le panier de soins des bénéficiaires de l'AME durant les neuf premiers mois de leurs droits, et menace la santé

financière des hôpitaux.

Toutes ces nouvelles règles sont génératrices d'une complexité inouïe, pour les personnes elles-mêmes mais également pour celles qui les accompagnent dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins. Rappelons qu'en 2020, 70,1 % des personnes reçues dans les Caso n'avaient pas de couverture maladie effective alors qu'elles y avaient théoriquement droit⁵⁷ ; et parmi uniquement les personnes relevant théoriquement de l'AME, 81,8 % n'avaient aucune couverture maladie (tableau 4).

TABEAU 4 - OUVERTURE DES DROITS À LA COUVERTURE MALADIE SELON LES DROITS THÉORIQUES DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO (% EN LIGNE), 2020.

	Droits ouverts ⁽¹⁾		Droits non ouverts	
	n	%	n	%
Personnes ayant droit théoriquement à une couverture maladie (assurance maladie ou AME)	2 065	29,9	4 839	70,1
Personnes relevant théoriquement de l'assurance maladie (PUMa)	1 296	48,5	1 376	51,5
Personnes relevant théoriquement de l'AME	769	18,2	3 463	81,8

Taux de réponse : 90,4 % des personnes disposant de droits théoriques.

(1) Les personnes disposant de droits dans un autre pays européen ou couverts par l'assurance du visa sont exclus de l'analyse.

Lecture : Parmi les personnes relevant en théorie d'une couverture maladie, 29,9 % en disposent réellement. Inversement, 70,1 % n'ont aucun droit ouvert.

(57) MdM ne se substitue pas au droit commun et lorsque la personne dispose d'une couverture maladie, MdM oriente, dans la mesure du possible, les personnes rencontrées vers les structures de droit commun existantes.

QUE PRÉVOIT LA RÉFORME DE 2019 ?

1. L'instauration d'un délai de carence de trois mois avant l'affiliation des demandeurs d'asile au régime général d'assurance maladie

Depuis la mise en place de ce délai de carence au 1^{er} janvier 2020⁵⁸, les demandeurs d'asile majeurs⁵⁹ doivent désormais attendre trois mois sur le territoire⁶⁰ avant d'avoir droit à l'assurance maladie. L'accès aux soins ne leur est pas en théorie totalement fermé ; bien qu'en situation régulière ils peuvent être pris en charge mais uniquement à l'hôpital, à la Pass ou au titre des soins urgents et vitaux (DSUV) (autrefois réservés aux personnes sans droit ouvert).

Il s'agit là d'un recul historique pour l'accès à la santé des demandeurs d'asile, exposés à des vulnérabilités psychiques et somatiques fortes qui ne pourront pas être prises en charge dès le dépôt de leur demande d'asile comme cela était le cas auparavant. L'attente de trois mois, avant l'ouverture des droits à la sécurité sociale, vient s'ajouter le plus souvent aux longs délais d'entrée dans la procédure de demande d'asile elle-même. De plus, les demandeurs d'asile n'ont plus droit à la carte vitale depuis 2017, ce qui complique en pratique l'accès aux soins (médecins, pharmaciens) et qui est un facteur de refus de soins.

C'est à ce titre que, dès février 2020, deux collectifs inter-associatifs dont MdM fait partie, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) et la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA) ont déposé un recours en annulation devant le Conseil d'État contre le décret relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé (contentieux toujours en cours).

2. L'instauration d'un délai de résidence en situation irrégulière de trois mois

Applicable à toute demande d'AME déposée à partir du 1^{er} janvier 2020, cette mesure exige désormais d'être en situation irrégulière pendant trois mois en France pour déposer une demande d'AME. Ainsi, la simple présence en situation régulière depuis plus de trois mois ne suffit plus.

Cette mesure vient complexifier l'accès à l'AME et de nombreuses questions se posent toujours. La circulaire 34/2020⁶¹ de la Cnam précise les modalités de contrôle de l'irrégularité du séjour, notamment via la consultation du fichier visabio, mais cela ne peut couvrir les réalités et spécificités de l'évaluation

du droit au séjour des ressortissants communautaires pour lesquels un texte d'application est toujours fortement attendu⁶².

La conséquence directe de ces mesures est un allongement de la période pendant laquelle les personnes ne peuvent que s'adresser aux Pass ou aux structures de soins gratuits comme les Caso de MdM, et ce jusqu'à l'ouverture des droits. Cela alimente ainsi la pression à laquelle ces structures sont soumises et renforce la stigmatisation des plus précaires. En compliquant fortement et en restreignant les possibilités d'accès aux droits, ces mesures sont des facteurs puissants de renoncement et de refus de soins, et sont génératrices de déficit budgétaire hospitalier [MdM, 2021].

La mise en œuvre entière de cette réforme régressive a été organisée par le décret du 30 octobre 2020 adopté le jour même du deuxième confinement⁶³. Son adoption par le ministère de la Santé et des Solidarités a suscité une incompréhension de certains acteurs institutionnels, associatifs, autorités indépendantes, acteurs soignants et sociaux⁶⁴, alors que ce même ministère est chargé d'encadrer le soin et la lutte contre la crise de la Covid-19.

Ce décret précise les trois mesures détaillées ci-dessous.

3. L'instauration d'un délai de carence de neuf mois avant l'accès au panier de soins complet de l'AME

Depuis le 1^{er} janvier 2021, les bénéficiaires du dispositif devront désormais attendre neuf mois d'ancienneté d'AME avant d'avoir droit à certains soins tels que des prothèses de genou ou d'épaule ou encore la pose d'implants auditifs ; pour obtenir la prise en charge de ces soins avant ces neuf mois exigés, les professionnels hospitaliers devront faire une demande d'entente préalable à la sécurité sociale, procédure chronophage pour des professionnels déjà surchargés.

4. L'obligation de dépôt physique en caisse primaire d'assurance par tous les primo-demandeurs d'AME

Après avoir été repoussée par deux fois en raison de la crise sanitaire, cette mesure impliquera que les personnes demandant l'AME pour la première fois devront déposer physiquement leur dossier dans les CPAM, auprès d'une maison de services au public, ou, dans le cadre d'une prise en charge dans leurs services, depuis un établissement de santé ou une permanence d'accès aux soins de santé⁶⁵. Sont exemptés



(58) Décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé.

(59) Les demandeurs d'asile mineurs ne sont pas concernés par ce délai de carence et peuvent être immédiatement affiliés.

(60) Circulaire de la Cnam, CIR-7/2020.

(61) Circulaire de la Cnam CIR-34/2020.

(62) À l'heure de l'écriture de ce rapport, en mai 2021.

(63) Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'État et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France.

(64) Communiqué de presse, « Face à la deuxième vague du Covid-19, le gouvernement ne peut pas restreindre l'accès aux soins des personnes étrangères », 12 novembre 2020.

(65) Les établissements de santé répondent à une définition et un cadre légal strict.



de cette exigence de dépôt physique les MNA, les personnes en situation de handicap ou placées sous curatelle ou sous tutelle.

Vu le contexte et l'accueil encore dégradé dans certaines caisses, l'État a finalement décidé, *in extremis* et sous la pression des acteurs de terrain⁶⁶, le report de l'application de cette mesure au 2 juin 2021, date de fin de l'état d'urgence sanitaire.

Les associations, comme MdM, déplorent cette mesure et craignent l'impact prochain de sa mise en œuvre. Les CPAM ont pour mission d'accueillir et d'accompagner tout demandeur dans ses démarches, et ce quelles que soient sa situation et ses vulnérabilités. Mais en pratique, les agents de premier accueil des CPAM n'aident pas ou très peu les personnes à constituer et remplir leurs dossiers dits complexes, en raison de l'organisation du travail et par manque de temps. Les associations ont pu recueillir des témoignages de pratiques dissuasives parfois brutales d'accueil et de refus de dossiers. De nombreux demandeurs doivent de fait être accompagnés par des structures associatives pour arriver à déposer leur dossier et répondre aux exigences des caisses.

De plus, il semble que peu voire pas de moyens supplémentaires seront alloués à l'Assurance maladie pour assurer l'accueil physique de ces personnes dans de bonnes conditions ; on peut ainsi craindre de longs délais d'attente ou des difficultés pour avoir accès même à un premier accueil dans une CPAM, avec ou sans rendez-vous.

« J'accompagne une personne à la CPAM pour un retrait de carte AME. Deux agents sont devant l'entrée. Ils présentent un comportement agressif envers les personnes venant leur poser des questions, lançant des instructions confuses au public pour tenter d'organiser la file d'attente. À deux reprises, des agents à l'intérieur des locaux interpellent violemment ceux de l'extérieur : « Qu'est que vous foutez, envoyez les gens » ; « Je veux voir personne entre l'entrée et la porte ! » Une personne réussit à se faufiler pour entrer, un des deux agents se tourne vers lui. L'homme explique qu'il avait un rendez-vous, l'agent lui hurle de sortir car il n'est pas sur sa liste. S'en suit une situation extrêmement violente : l'homme refuse de partir, l'agent hurle qu'il va le faire sortir : « Tu ne me fais pas peur, je vais te casser la tête. » L'agent le menace en collant son front contre le sien. L'homme finit par partir. Durant notre présence, cet agent sera sous une pression constante entre les requêtes des personnes venues chercher leur carte et les injonctions violentes des agents d'accueil.

Nous entrons finalement et sommes reçus dans un box. Un agent donne la carte AME à la personne que j'accompagne en expliquant qu'il n'y a plus de photos sur la carte à cause de la Covid-19. J'explique que madame ne parle pas français et demande l'aide d'un service d'interprétariat téléphonique. L'agent me répond qu'elle n'en dispose pas et que madame doit venir avec quelqu'un pour l'aider à traduire. J'explique que madame n'a personne pour l'aider, ce à quoi l'agent répond que ce n'est pas son problème, mettant fin à la discussion. »

[Programme en Île-de-France, décembre 2020]

Dans ce nouveau cadre, les associations ne pourront plus faire le travail d'intermédiation administrative qu'elles réalisent avec les personnes concernées (conseil et accompagnement dans les demandes d'AME dans toutes les étapes de la procédure). Or, ce travail est devenu crucial et essentiel pour obtenir des droits face à une réglementation de plus en plus complexe. Les personnes non accompagnées par une association ou une Pass ont toutes les peines du monde à faire accepter leur demande.

5. La réduction de la période de maintien de droits

La loi de finances votée fin 2019 prévoit que tous les étrangers qui perdent leur droit au séjour (déboutés du droit d'asile, fin de titre de séjour, etc.) et qui deviennent donc en situation irrégulière voient une réduction de leur période de maintien de droits à l'assurance maladie de douze à six mois⁶⁷. Cette mesure constitue un recul majeur qui elle concerne environ 800 000 personnes dont les étrangers en situation régulière, qui de façon générale ont des titres de séjour de plus en plus courts. Elle a pour conséquence pratique, encore aujourd'hui, de bloquer le passage des droits de sécurité sociale à ceux de l'AME, et de maintenir les personnes avec une couverture maladie partielle le temps que le contrôle de la régularité du séjour soit effectué et que leurs droits de sécurité sociale de base soient fermés.

Le décret du 30 octobre 2020 a encore aggravé la situation, puisque le maintien des droits est réduit à deux mois après l'expiration du titre de séjour, pour les personnes ayant une obligation de quitter le territoire français (OQTF) dite « définitive »⁶⁸. Cette mesure aura également d'importantes conséquences pour l'accès aux soins des personnes, car les professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, n'auront plus de visibilité sur les droits effectifs ou non de leurs patients, et donc sur leur paiement. Cela concerne également les demandeurs d'asile.

(66) Communiqué de presse de l'ODSE, « La fin de la trêve dans l'accès aux soins », 17 février 2021 ; Analyse de l'ODSE, « Que prévoit le décret du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'État ? », 16 novembre 2020.

(67) Cette mesure s'applique à toutes les personnes dont la date d'expiration des documents de séjour est postérieure au 31 décembre 2019.

(68) Cette notion d'OQTF « définitive » étant sujette à interprétation, cette mesure risque de s'appliquer à des situations qui ne devraient pas y être soumises.

2. ÉVOLUTION DE L'ACCÈS AUX DROITS DURANT LA CRISE SANITAIRE EN 2020

LES POINTS ESSENTIELS

→ Trois temps marqués par des réglementations aux orientations différentes dans l'accès aux droits et pas forcément à la hauteur des enjeux de santé publique.

→ Des mesures nationales facilitatrices pour l'accès aux droits pendant le premier confinement mais des informations et des pratiques inégales sur les territoires. Le bilan de ces mesures et leur impact sur l'accès aux droits est assez contrasté et de nombreuses difficultés ont été observées par les équipes de MdM.

→ La réouverture des lieux d'accueil a été inégale d'un territoire à l'autre lors du déconfinement (CAF, CPAM, etc.) entraînant des retards dans le suivi et la prise en charge sociale des personnes.

→ Les difficultés dans la prolongation des droits à une couverture maladie ont pour conséquence de nombreux renoncements, ruptures ou refus de soins.

→ Des démarches dématérialisées non adaptées notamment pour les personnes ayant des problèmes d'accès et de maîtrise du numérique et/ou de la langue.

→ Une fin d'année 2020 marquée par la reprise de la mise en œuvre par l'État de la réforme régressive de l'accès aux droits et aux soins de 2019 et l'absence de pérennisation des mesures ayant simplifié et facilité l'accès aux droits des personnes pendant la crise.

PREMIER CONFINEMENT (17 MARS - 11 MAI 2020) :

DES MESURES NATIONALES FACILITATRICES MAIS INÉGALEMENT APPLIQUÉES SELON LES TERRITOIRES

UN SURSAUT DE BON SENS : DES MESURES FACILITATRICES POUR L'ACCÈS AUX DROITS

La loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de la Covid-19 introduit la notion « d'état d'urgence sanitaire » et définit les pouvoirs exceptionnels que le gouvernement réunit dans ce cas pour imposer de lourdes restrictions « aux seules fins de garantir la santé publique » [Légifrance, mars 2020]. C'est ainsi que les personnes se trouvant en France le 17 mars 2020 ont découvert les restrictions de déplacement dans un rayon d'un kilomètre, les attestations dérogatoires, la fermeture des écoles, administrations et commerces « non essentiels ».

Les équipes de MdM assistent alors à une brutale fermeture de la plupart des lieux d'accueil des services publics : caisses d'allocations familiales (CAF), préfectures, centres d'action sociale, CPAM, bureaux de postes, etc. Or, ces services publics offrent des services essentiels à une large partie des publics. En ville comme dans les zones rurales, la fermeture des bureaux de postes a rendu impossible, par exemple, le retrait des montants des prestations sociales en liquide ou l'envoi de courrier avec accusé de réception.

« Agences postales fermées rendant l'accès à de l'argent liquide impossible pour les personnes n'ayant pas de carte bancaire. »

[Programme dans les Combrailles, 2020]

La fermeture des CCAS, qui assurent pour beaucoup un service de domiciliation administrative⁶⁹, a rendu impossible le retrait de courrier et l'obtention des domiciliations, pièce indispensable pour des demandes d'ouverture de droits des personnes sans domicile stable. Les équipes de MdM ont constaté des pertes de dossiers déposés avant le confinement, un ralentissement de traitement, somme toute normal au regard de la situation, mais néanmoins impactant. Des notifications ou des demandes de pièces complémentaires n'ont également pas été reçues par les personnes concernées car envoyées à des adresses de domiciliation dont les organismes ont réduit ou fermé leur activité.

(69) Service-public.fr, « Sans domicile stable ou fixe (SDF) : comment obtenir une domiciliation ? », 2020.

Par ailleurs, la fermeture des guichets des préfectures a empêché le dépôt ou le suivi des démarches de régularisation, et celles des CPAM le dépôt ou le suivi des démarches d'ouverture des droits de santé, essentiels pour l'accès aux soins.

Pour les MNA, dès l'annonce du premier confinement, et dans un certain nombre de départements, les obstacles à un accès effectif à la protection de l'enfance, qui existaient avant la crise sanitaire, ont perduré voire se sont aggravés⁷⁰. Par exemple, à Paris, l'accueil provisoire d'urgence⁷¹ s'est révélé très limité suite à la fermeture provisoire du dispositif d'évaluation de la minorité et de l'isolement. À Marseille, le dispositif d'évaluation a, quant à lui, été momentanément interrompu. Par ailleurs, l'accès aux services administratifs et aux tribunaux pour enfants a été suspendu (report des audiences à l'issue du confinement), des décisions des juges des enfants n'ont pas été exécutées, des fins de prises en charge après une remise en cause de la minorité ont été ordonnées, laissant de nombreux enfants et jeunes à la rue sans solution de prise en charge pendant la crise sanitaire.

Passée la sidération, des mesures facilitatrices, comme dans un sursaut de bon sens après la réforme de 2019, ont permis de pondérer l'impact du confinement sur l'accès aux soins et aux droits. Une certaine continuité des droits des personnes, *via* notamment leurs prolongations, a pu être observée par les équipes de MdM, et ce malgré une communication en dents de scie au début de leur mise en œuvre auprès des professionnels de santé (pharmaciens, médecins). MdM a parfois dû fournir aux patients un courrier à l'attention de leur médecin ou de la pharmacie expliquant l'effectivité de la prolongation de leurs droits.

La prolongation automatique des droits sociaux⁷² et droits au séjour⁷³, fin mars 2020, a permis de faire face à la fermeture de nombreux établissements :

- Prolongation des titres de séjour de six mois pour les titres expirés entre le 16 mars et le 15 mai 2020 ;
- Prolongation de validité des attestations de demandes d'asile de trois mois ;
- Prolongation automatique de trois mois des droits à la sécurité sociale pour les demandeurs d'asile en fin de droits ;
- Prolongation de la complémentaire santé solidaire (C2S) de trois mois ;
- Prolongation des droits AME de trois mois⁷⁴.

Toutefois, des situations ont échappé aux mesures facilitant l'ouverture des droits et l'accès aux soins. En effet, les étrangers déjà présents sur le territoire ont dû prouver les trois mois de présence pour l'ouverture de leurs droits a contrario des Français qui résidaient à l'étranger, revenus entre le 1^{er} mars et le 1^{er} juin 2020 en France, et pour lesquels le délai de carence a été supprimé⁷⁵. Les personnes sous visa court séjour se sont retrouvées, quant à elles, dans l'impossibilité de rentrer dans leur pays d'origine du fait des restrictions de déplacement et parallèlement exclues du système de santé français pensé uniquement pour les personnes résidant en France et non celles uniquement de « passage ».

Dans une logique de simplification et de facilitation d'accès aux droits et aux soins, de nombreuses mesures ont été prises sur le plan de l'organisation des procédures même si la mise en œuvre a pu être problématique selon les territoires. Elles se sont basées sur des alertes et remontées de dysfonctionnements des associations à la Cnam⁷⁶, démontrant par la même occasion l'efficacité d'un dialogue transparent et constructif :

- En l'absence d'édition des cartes AME, la Cnam a accepté qu'un courrier de la caisse mentionnant l'ouverture de droits soit considéré comme une preuve de leur ouverture. En pratique, de nombreux professionnels, selon les territoires, n'étaient pas informés et refusaient ces courriers (pharmacies, médecins libéraux) par manque d'information et renforcé par la suspicion de fraude ;
- Prenant acte des difficultés de déplacement et de la fermeture de nombreux lieux où se trouvaient des photomaton, il a été accordé que des dossiers soient instruits sans la production de photos d'identité ; cependant, les dossiers sans photo n'ont pas été acceptés par toutes les caisses ;
- Après un court délai d'adaptation et d'organisation, la Cnam a invité toutes les caisses primaires d'assurance maladie à créer des adresses mail génériques⁷⁷ afin que les bénéficiaires et les travailleurs sociaux les accompagnant aient la possibilité de déposer des demandes d'AME. Ces adresses mail ont aussi permis aux associations, et partenaires de pouvoir échanger, par exemple, sur les pièces exigées, alors que ces canaux de communication ne leur étaient pas ouverts auparavant. Mais en pratique, de nombreuses difficultés

(70) Ibid., note en bas de page n° 54.

(71) La loi française prévoit que le président du conseil départemental du lieu où se trouve un jeune se déclarant MNA met en place un accueil provisoire d'urgence d'une durée de cinq jours (article R. 221-11 du code de l'action sociale et des familles). Cette phase de prise en charge administrative, aussi qualifiée de « mise à l'abri », vise à assurer une protection du MNA le temps que les services de la protection de l'enfance procèdent à des investigations en vue d'évaluer sa situation (évaluation de la minorité et de l'isolement).

(72) Ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux [Internet]. JORF n° 0074 Texte n° 28, 2020.

(73) Ordonnance n° 2020-328 du 25 mars 2020 portant prolongation de la durée de validité des documents de séjour.

(74) Pour les AME et C2S expirant entre le 12 mars et le 31 juillet 2020, trois mois de plus à partir de la date de fin de droit.

(75) Article 13 de la loi du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19.

(76) La Cnam a régulièrement informé les associations via des documents d'information diffusés ou des webinaires organisés tous les 4-5 mois.

(77) demande_ame.cpamXXX@assurance-maladie.fr

ont toutefois été rencontrées : adresses mails qui ne fonctionnaient pas ou ont été fermées, adresses ouvertes aux seuls travailleurs sociaux. De plus, elles ne permettent pas toujours, à ce jour, d'obtenir un récépissé de dépôt de dossier, preuve indispensable en cas de problème pour faire courir l'ouverture du droit.

- Dans le cas de soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital de la personne ou pourrait conduire à une altération grave et durable de son état de santé, l'exigence d'un refus préalable d'AME pour pouvoir passer des dépenses de soins de personnes en situation irrégulière dans le DSUV a été supprimée et a fait gagner un temps précieux aux Pass et aux hôpitaux, qui bien avant la crise de la Covid-19 déploraient le temps perdu et la lourdeur de cette procédure. Celle-ci n'a pas été renouvelée⁷⁸.

De façon générale, bon nombre d'acteurs du secteur social et associatif ont salué ces mesures, qui ont permis une continuité relative des droits des personnes étrangères et/ou en situation de précarité ainsi qu'une rapidité dans l'ouverture de droits. À Lyon, par exemple, des demandes de domiciliation de personnes migrantes ont pu être honorées en seulement dix jours auprès du CCAS et d'une association opératrice de l'État et ce, malgré la difficulté rencontrée depuis plusieurs années par les associations locales. À Gap, l'AME ou la C2S ont été rapidement obtenues pour une trentaine de mineurs non accompagnés (MNA) et une vingtaine de personnes migrantes vivant dans un squat.

UNE INFORMATION ET DES PRATIQUES INÉGALES SUR LES TERRITOIRES, CUMULÉES À DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Même s'il faut saluer ces dispositions facilitatrices, dans les faits, ces instructions nationales ont connu une mise en œuvre hétérogène : le bilan de ces mesures et leur impact sur l'accès aux droits sont assez contrastés et de nombreuses difficultés ont été observées par les équipes de MdM. Dans certains territoires, les personnes n'ont pas été informées de la prolongation de leurs droits ou l'ont été très tardivement. De même, nombre de professionnels de santé, soignants et pharmaciens, n'ont pas eu cette information, en raison notamment des retards de mise à jour de CDRI⁷⁹ ou de la non-connaissance de l'existence d'un courrier de l'assurance maladie remplaçant la carte AME. Cela a contribué à provoquer des situations de refus de prise en charge de la part de professionnels libéraux et de délivrance de médicaments dans des pharmacies qui n'étaient pas en mesure de s'assurer de la présence de droits ouverts. Enfin, dans certains territoires, les équipes et les personnes ont rencontré de grandes difficultés pour

les premières demandes d'affiliation à la sécurité sociale à l'AME.

« Mme B. s'est présentée au Caso le 27 mars 2020 pour une rupture de traitement. En fin de droit AME le 20 mars 2020, elle avait déjà fait sa demande de renouvellement. Sous traitement et suivie pour une pathologie chronique lourde, elle s'est vu refuser la remise de ses traitements à la pharmacie, bien que munie de sa carte AME. Au vu des décrets prolongeant les droits pour trois mois, nous avons donc fait le lien avec la pharmacie pour expliquer que la personne bénéficiait bien de la prolongation des droits de trois mois et de la nécessité d'avoir son traitement. »

[Programme de Marseille, mai 2020]

En 2020, les difficultés d'accès aux soins et aux droits sont toujours aussi fréquentes par rapport aux années précédentes. Ainsi, 73,5 % des personnes reçues dans les Caso ont déclaré avoir rencontré des obstacles dans l'accès aux droits et aux soins. Les deux tiers (32,8 %) pour des raisons administratives, et plus d'un quart (28,1 %) par méconnaissance des droits et des structures existants (tableau 5). Les difficultés administratives restent ainsi le principal obstacle rencontré quels que soient l'âge, la nationalité ou la situation administrative des personnes. Ces facteurs déterminants du non-recours se traduisent par des retards ou des renoncements aux soins (cf. partie « Accès aux soins et à la prévention pour les personnes en situation de précarité », page 41).

MdM a également pu observer de grandes difficultés pour les personnes ayant leurs droits échus avant les dates prévues pour la prolongation, ou n'ayant pas encore de droits possibles en raison de la réforme (demandeurs d'asile présents depuis moins de trois mois sur le territoire, pas de présence en France en situation irrégulière pendant trois mois) (cf. encart page 55).

(78) Lettre au réseau LR-DDO-154/2020 du 01/12/2020 et information Cnam aux partenaires du 4 décembre 2020.

(79) L'outil de consultation des droits intégrée (CDRI) est un service de consultation des droits de type « web service » interrégime intégré au logiciel de gestion administrative des patients.

TABEAU 5 - PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS CITÉS PAR LES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE, 2020.

(Plusieurs réponses possibles)	n	%
Difficultés administratives (manque pièces demandées, complexité, absence de preuve de présence en France, etc.)	2 328	32,8
Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès au droit, médecin traitant)	1 990	28,1
Barrière linguistique	1 248	17,6
Aucun droit possible (résidence < 3 mois, visa touristique, ressource > plafond, etc.)	977	13,8
Difficultés financières (complémentaire trop chère, avance de frais, dépassement d'honoraires, soins non pris en charge, etc.)	968	13,6
Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs	365	5,1
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits (refus guichet, demande de pièces abusives, etc.)	165	2,3
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)	100	1,4
Éloignement des structures administratives ou de soins	100	1,4
Droits ouverts dans un autre pays européen	49	0,7
Autre raison exprimée (refus officine, PASS non fonctionnelles, etc.)	245	3,5

Taux de réponse : 49,4 %.

Alors que les consignes gouvernementales et les ARS préconisaient de réduire les déplacements, et que les téléconsultations se développaient massivement, les demandeurs d'asile, notamment, ne pouvaient pas accéder à ces dernières, étant dans l'impossibilité de payer en ligne avec la carte de paiement remise par l'Ofii pour y verser l'allocation pour demandeur d'asile (ADA). Et même s'ils avaient la possibilité de se rendre dans les Pass, ces dernières pouvaient être fermées ou fonctionner de manière dégradée pendant le premier confinement (trois Pass fermées en Île-de-France par exemple). Sur les territoires frontaliers, les restrictions de déplacement et les contrôles policiers liés à la crise sanitaire ont parfois empêché des associations d'intervenir auprès des personnes exilées, quand bien même leurs actions étaient essentielles. L'association Human Rights Observers a par exemple recensé à Calais et Grande-Synthe « 37 contraventions dressées à l'encontre des bénévoles essentiellement au motif du non-respect des mesures de confinement entre le 17 mars et le 11 mai 2020. »⁸⁰.

« On a des contrôles systématiques à chaque maraude (papier de la voiture, identité) parfois plusieurs fois dans la même soirée ou journée. On nous prend aussi en filature pendant les maraudes. Le collectif des maraudeurs a, en l'espace de deux mois, reçu une soixantaine d'amendes – parfois trois amendes dans la même soirée pour la même personne. Mais au-delà, on est sur un sujet plus large de criminalisation de la solidarité, on est accusé d'être passeur. (...) D'un côté, MdM et le collectif des maraudeurs font de la réduction des risques et proposent des mises à l'abri ou des orientations vers l'hôpital si nécessaire, et de l'autre les forces de l'ordre interpellent les personnes pour les refouler en Italie le plus vite possible. Ce contexte de restrictions des libertés a bon dos pour mettre des bâtons dans les roues de certaines activités. C'est un constat partagé avec les équipes de Grande-Synthe et de Calais. Cela met une pression psychologique volontaire sur les bénévoles et qui est très pesante. »

[Programme auprès des migrants à la frontière franco-italienne, 2020]

De façon plus générale durant le premier confinement, il a été très difficile d'orienter les personnes vers les structures indispensables à leurs démarches d'ouverture de droits, suite à la fermeture des administrations au public, au fonctionnement en mode dégradé sur des horaires restreints ou l'appui à distance de l'accompagnement social organisé par les services sociaux départementaux. S'il est difficile de quantifier, il y a néanmoins un constat partagé des équipes de MdM d'un plus grand isolement des personnes, de plus grandes difficultés d'accès aux droits et aux structures, de découragement et de non-recours ou de rupture des soins mais aussi d'épuisement.

« M. C. est venu au Caso en janvier 2020 avec une demande médicale. Il souffre de douleurs chroniques, séquelles post-traumatiques du genou gauche avec une hémiparésie à la suite d'un accident en 2003. Il a aussi une hypertension artérielle qui nécessite la prise d'un traitement. Les motifs de consultation sont multiples, à la fois pour ses problématiques chroniques et pour des symptômes aigus : syndrome grippal, otalgie, etc. Dans le cadre du projet « Pass de ville »⁸¹, l'équipe l'a accompagné dans le dépôt de son dossier d'AME le 8 janvier et il a pu obtenir le 14 janvier un rendez-vous chez un médecin en ville. M. C. n'a donc eu à payer ni la consultation ni les traitements remis

(80) Amnesty International, « Nord de la France : en pleine crise sanitaire, les défenseurs des droits des migrants sont toujours harcelés », 20 mai 2020.

(81) Ce dispositif Pass de ville mise en œuvre par le Caso de Marseille permet aux personnes qui n'ont pas de couverture maladie d'être soignées sans être facturées. Prises en charge par des médecins de ville, les personnes peuvent ainsi bénéficier d'un parcours de soins complet (pharmacie, laboratoire, radiologie, etc.), sans en avancer les frais, le temps d'obtenir une couverture maladie.

par la pharmacie (également conventionnée). En effet, dans le cadre de la convention entre les parties prenantes à ce projet, il a été convenu que la CPAM ouvre les droits AME des patients sous 45 jours (pour pouvoir régler les honoraires des médecins dans ce délai), et que à défaut, MdM couvre les frais. M. C. n'a pas eu de nouvelles de la CPAM. Le délai des 45 jours étant passé, MdM a honoré les frais de santé et le patient n'a plus pu consulter de médecin en ville les mois suivants.

Ainsi, il est venu en consultation médicale les 8, 14, 23 et 24 avril au Caso pendant le confinement. Ce n'est qu'après ces soins que l'équipe sociale du Caso a réussi, après maintes demandes, à obtenir son numéro d'inscription au répertoire (NIR, ou numéro de sécurité sociale). Toutefois, le patient n'a toujours pas, à ce jour, reçu le courrier de la CPAM lui permettant de venir retirer sa carte d'AME et de se soigner dans le droit commun, tel que nous l'avions entrepris au départ. »

[Programme de Marseille, mai 2020]

Si les mesures de simplification et de facilitation prises lors du premier confinement ont constitué une avancée dans la définition et l'organisation de l'accès aux droits, elles restent exceptionnelles et limitées dans le temps. Comme observé avec le décret du 30 octobre 2020 sur les droits de santé des étrangers, la détermination du gouvernement d'appliquer la réforme régressive de 2019 semble sans faille et allant à l'encontre de tous les enseignements appris pendant la crise de la Covid-19. Celle-ci démontre, au contraire, que protéger davantage les plus fragiles est incontournable, la santé des uns ne pouvant être assurée sans la santé de toutes et tous.

DÉCONFINEMENT

(11 MAI - 29 OCTOBRE 2020) :

**LES VOIES DÉMATÉRIALISÉES
NE PEUVENT PAS CONSTITUER LA SEULE
SOLUTION**

La réouverture des lieux d'accueil a été assez inégale d'un territoire à l'autre. En effet, des services publics tels que les CAF ou les CPAM, sont restés fermés parfois jusqu'à l'été 2020, ne proposant bien souvent qu'un service téléphonique. Cette situation a entraîné une recrudescence des demandes sociales et une augmentation des sollicitations des associations. À **Bordeaux**, les démarches ont repris progressivement durant cette période, mais de nombreux services n'ont cependant été accessibles que sur rendez-vous, certains tout au long de l'année 2020. Si ces démarches en ligne ont permis de limiter la propagation du virus, les bénéficiaires

peinent désormais à s'orienter, la voie classique de l'accueil physique faisant de plus en plus défaut. La dématérialisation connaît un puissant coup d'accélérateur avec la crise sanitaire. Et pourtant, en 2019, le Défenseur des droits alertait déjà sur les dérives et les risques d'une dématérialisation excessive et guidée par de seuls impératifs budgétaires, face à l'objectif déjà défini par l'État d'une dématérialisation de l'ensemble de services publics d'ici 2022 [DDD, 2019].

Concernant les caisses primaires d'assurance maladie, des boxes dits « d'urgence » auraient été mis en place pour offrir outre la voie dématérialisée une voie classique d'accueil du public. Le constat des équipes MdM et des associations partenaires⁸² est malheureusement que toutes les caisses n'en sont pas dotées, et que lorsqu'elles le sont, leur activité ne répond pas aux exigences d'un service public. Par exemple, des personnes ont été invitées par les agents de ces boxes à joindre le 3646 pour prendre rendez-vous n'étant pas eux-mêmes habilités à le faire.

La voie dématérialisée ne peut donc pas constituer la seule solution : elle n'est pas adaptée à tous les publics, notamment pour les personnes ayant des problèmes d'accès et de maîtrise du numérique et/ou de la langue. La barrière de la langue représente ainsi un obstacle à l'accès aux soins pour 17,6 % des personnes reçues lors de leur première visite au Caso en 2020 (tableau 5).

En parallèle, la voie téléphonique aurait dû être facilitée, des moyens supplémentaires aurait dû lui être alloués ; mais au contraire, malgré les incessantes alertes des associations à ce sujet, et malgré les annonces de gratuité pour le mois de juillet 2020, la ligne téléphonique 3646 de l'assurance maladie est restée payante, jusqu'à ce jour. Cela constitue une véritable anomalie, de plus en plus bloquante au fur et à mesure que cette voie devient incontournable. Le 3646 payant constitue un obstacle financier à l'accès à l'information et aux droits, ligne de surcroît souvent saturée.

La généralisation et l'accélération de la dématérialisation des procédures par les administrations (procédures en ligne, prises de rendez-vous en ligne, nécessité de scanner des documents, etc.), constituent un facteur d'inégalités d'accès pour les personnes précaires, les éloignant du droit commun et laissant à la charge des associations l'information et l'accompagnement de ces personnes [DDD, 2019].

« Certains nous ont dit avoir été reçus après avoir pris rendez-vous auprès de l'accueil. »

« D'autres, au contraire, nous ont dit que l'accueil avait refusé de leur donner un rendez-vous. »

« Les interlocuteurs du 3646 nous disent qu'il est impossible d'être reçu... »

(82) À l'heure de la rédaction de ce rapport, ces boxes sont toujours non cartographiés voire dysfonctionnels (avril 2021).

« Ces mêmes interlocuteurs conseillent de poster les dossiers de demande de couverture maladie, d'autres au contraire, disent de ne pas les poster. »

« Nous rencontrons des difficultés dans l'utilisation de l'adresse mail dédiée au dépôt des dossiers de demande d'ouverture des droits. »

[Programme de Nice, 2020]

Les associations craignent un durcissement des barrières à l'accès à l'AME en raison de deux choses : d'une part la poursuite de la politique de dématérialisation de l'assurance maladie, et d'autre part la mise en œuvre de l'obligation de déposer physiquement sa première demande d'AME, prévue au 3 juin 2021. Elle fait, en effet, craindre à l'avenir un « goulot d'étranglement » pour les demandeurs d'AME, si ces derniers devaient obligatoirement prendre un rendez-vous par téléphone ou sur une plateforme Internet. Ce type de dysfonctionnements bloque l'accès même au service public, et rend invisibles les files d'attente. Cela a été observé pour l'accès aux préfectures dans plusieurs régions, et condamné par le juge suite à un contentieux fait par la Cimade⁸³.

certaines de ces mesures de prolongation des droits⁸⁶ – ce que les associations apprennent tardivement. Les alertes ont été vives, notamment de la part des Pass, sur les risques d'embolisation de leurs services médicaux et sociaux et les blocages à l'ouverture et au renouvellement de droits, ayant pour conséquences des refus ou des renoncements aux soins. Sous la pression, les droits AME et C2S échus entre le 30 octobre 2020 et le 16 février 2021 ont donc été à nouveau prolongés pour une période de trois mois. En Guyane, les mesures de prolongation des droits ne se sont pas appliquées immédiatement, il a fallu une nouvelle mobilisation des acteurs de la solidarité pour que ces mesures soient rendues effectives sur le territoire.

DEUXIÈME CONFINEMENT (30 OCTOBRE - 15 DÉCEMBRE 2020) : ENTRE PLEINE REPRISE DES RESTRICTIONS, RÉTICENCE AUX MESURES FACILITATRICES ET MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME RÉGRESSIVE DE 2019

Alors que le pays se confine à nouveau le 30 octobre 2020, un des derniers textes d'application de la réforme des droits de santé des étrangers est promulgué le même jour. Ce décret organise une régression et une complexification des droits, durcissant davantage la réforme de 2019⁸⁴. Seule une mesure prévue par ce décret, l'obligation de dépôt physique en caisse des premières demandes d'AME, est reportée au 2 juin 2021 sous la pression des acteurs de solidarité (cf. encart, page 55).

Contrairement au premier confinement, les pouvoirs publics ont initialement estimé qu'il n'était pas nécessaire de prendre, à nouveau, des mesures de prolongation automatiques des droits AME et Complémentaire santé solidaire (C2S), au motif que les services publics restaient ouverts⁸⁵. Après une large mobilisation d'acteurs déjà éprouvés par la crise, la décision a finalement été prise de renouveler

(83) Conseil d'État, Décision n° 435594, 10 juin 2020 ; Défenseur des droits, Décision 2020-142 du 10 juillet 2020 relative aux difficultés résultant de procédures dématérialisées rencontrées par des personnes étrangères pour déposer leur demande d'admission au séjour.

(84) Ibid., note en bas de page n°63.

(85) Par « ouverts » la Cnam entendait notamment la mise en place de boxes d'urgence qui n'ont toutefois pas été uniformément déployés et n'ont pas offert systématiquement les services de base tels que la prise de rendez-vous, le retrait d'une carte AME, le dépôt d'une première demande ou d'un renouvellement, etc.

(86) Ordonnance n° 2020-1553 du 9 décembre 2020 prolongeant, rétablissant ou adaptant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de Covid-19 (JO du 10 décembre 2020). Les droits des bénéficiaires de l'AME et de la C2S arrivant à échéance entre le 30 octobre 2020 et le 16 février 2021 inclus bénéficient d'une prolongation de leur droit de trois mois à compter de sa date d'échéance.



LA RÉPONSE À LA CRISE SANITAIRE

1. RETOUR SUR LA COORDINATION DE LA CRISE PAR LES ACTEURS PUBLICS ET ASSOCIATIFS

LES POINTS ESSENTIELS

→ Les populations en situation de précarité semblent avoir été un impensé des politiques. L'état d'urgence sanitaire est déclaré par l'OMS le 30 janvier 2020, il faudra attendre la fin mars pour que des mesures ciblées soient prises pour ces personnes.

→ Par la suite, une mobilisation des services de l'État en lien avec les acteurs médico-sociaux dans certains territoires pour lutter contre la propagation du virus de la Covid-19.

→ Des difficultés de coordination et une grande disparité des réponses de l'État, pas toujours adaptées au contexte et conditions de vie des personnes en situation de précarité.

→ Émergence en France de nouveaux acteurs comme certaines organisations non gouvernementales internationales et des initiatives citoyennes qui se sont mobilisées auprès des personnes en situation de précarité.

Alors que l'état d'urgence sanitaire est déclaré par l'OMS le 30 janvier 2020, le stade 1 du plan Orsan en France est mis en place le 23 février, laissant les populations les plus exclues, à la rue, en bidonvilles, campements ou logements instables, totalement délaissées ; la situation particulière de ces publics vulnérables et exposés aux problèmes de santé en raison de leurs conditions de vie semble avoir été un impensé des politiques en pleine pandémie en ce début d'année 2020. Il faudra attendre la fin mars pour que des mesures ciblées soient prises. Une instruction interministérielle adressée aux préfets est adoptée le 27 mars 2020

pour coordonner la gestion de la crise sanitaire et notamment la prise en charge des publics précaires⁸⁷ – instruction renouvelée pour le deuxième confinement le 3 novembre 2020⁸⁸. Pour lutter contre la propagation du virus et pallier l'interruption des activités menées par les acteurs associatifs, les préfets avaient alors pour mission de veiller à mettre en œuvre certaines actions, dont celle de mettre à l'abri les personnes à la rue et de coordonner des actions comme la distribution de l'aide alimentaire en s'appuyant sur les administrations dont la DDCS, les CCAS, les Conseils départementaux, les ARS et les associations⁸⁹. Ils avaient aussi pour rôle de maintenir des maraudes dans le but « de ne pas interrompre les missions de repérage et d'aller-vers les populations à la rue », d'organiser un dispositif de suivi téléphonique via le 115 et de veiller à l'accès à des sanitaires et à des services de douche, ainsi qu'à l'accès gratuit à des laveries. Les instructions interministérielles de mars et novembre 2020 ont été saluées avec des résultats positifs localisés (cf. première partie, page 25). Cependant, des difficultés de coordination et un manque de transparence dans les décisions ont été observés par les équipes de terrain.

« Les préfets de département et de zone peuvent, en période de crise, s'appuyer sur les ARS qui "contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent et, le cas échéant, en relation avec le ministre de la Défense, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire" »
[Article L. 1431-2 du code de la santé publique]

(87) Instruction du 27 mars 2020 sur la prise en charge et le soutien des populations précaires face à l'épidémie du Covid-19 à l'attention des préfets. Elle couvrait explicitement les personnes à la rue quel que soit leur statut administratif, les demandeurs d'asile et les bénéficiaires de la protection internationale, les personnes en centres d'hébergement ou dans les foyers de travailleurs migrants, les personnes « en situation de grande précarité ». Si la mention des personnes vivant en bidonvilles et en squats n'est pas explicite, la Dihal a assuré que cette instruction leur était applicable.

(88) Instruction du 3 novembre 2020 portant sur la prise en charge et le soutien aux populations précaires face à l'épidémie de la Covid-19.

(89) L'instruction est adressée « aux préfets » sans précision, mais il est fait mention d'une « coordination départementale des actions exceptionnelles ». Les préfets doivent en confier le pilotage aux directions départementales et régionales de la cohésion sociale.

UNE GESTION DE CRISE AUPRÈS DES POPULATIONS PRÉCAIRES MARQUÉE PAR DES DISPARITÉS TERRITORIALES

UNE MOBILISATION ET UNE SOLIDARITÉ DES SERVICES DE L'ÉTAT ET DES ACTEURS DU MÉDICO-SOCIAL DANS CERTAINS TERRITOIRES...

Plusieurs équipes de MdM ont observé une implication des administrations déconcentrées et décentralisées (DDCS, ARS, mairie, métropole, Ofii, préfecture) de l'État dans la coordination de la réponse aux problématiques des personnes en situation de précarité. Cette implication s'est traduite notamment par la mise en place de coordinations sanitaires et sociales, de réunions hebdomadaires voire bi-hebdomadaires multi-acteurs, d'invitation à participer à diverses plateformes comme celle sur la résorption des bidonvilles, etc. Cette mobilisation des différents services de l'État et des acteurs du médico-social ont, cependant, été marquées par une grande disparité des réponses d'un territoire à l'autre.

Sur certains territoires comme à **Bordeaux, Caen, Grenoble, Lyon, Montpellier, Nantes, Nice et Rouen**, la coordination de la réponse entre les acteurs de solidarité et les institutions du champ sanitaire et social a permis d'instaurer un dialogue avec parfois une synergie forte. Les retours d'expérience ont montré qu'au cours du premier confinement des acteurs qui n'avaient pas jusqu'alors l'habitude de dialoguer ensemble ont été réunis sur un même sujet. Par exemple, pour la première fois en dix ans, l'ARS et la DDCS ont uni leurs forces pour travailler sur un projet commun à **Grenoble** concernant la création d'un centre de desserrement et d'équipe mobile sanitaire.

À **Nice**, la mise en place d'un ensemble de dispositifs à destination des publics précaires en coordination avec les services de l'État, dont la DDCS, l'ARS et les réseaux associatifs, a bien fonctionné. De nombreuses places d'hébergement ont été créées lors du premier confinement, et bon nombre d'entre elles se sont maintenues par la suite. Des distributions d'aide alimentaire ainsi que des prises en charge médicale ont aussi été organisées en points fixes, dans des hôtels et dans des campements. De plus, une équipe médicale mobile « *précarité Covid* » a été mise en place par l'hôpital de Nice.

À **Bordeaux**, une coordination impulsée par MdM et soutenue ensuite par les acteurs étatiques et privés⁹⁰ a montré sa pertinence dans la lutte contre la Covid-19 auprès d'une population d'environ 2 000 personnes habitant dans près de 160 squats et bidonvilles, et auprès de personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux sans possibilité de recours aux soins dans le système de droit commun.

Cette coordination stratégique entre acteurs du territoire a permis de créer des Équipes sanitaires mobiles (EQSAM) en partenariat avec la Pass mobile et le Samu Social, d'élaborer des protocoles d'intervention sur ces sites, de définir les critères d'orientation vers les centres de desserrement, d'ouvrir des points d'eau, de mobiliser les acteurs de l'aide alimentaire, de suspendre les expulsions, de négocier pour augmenter les places d'hébergement et de mise à l'abri et enfin d'assurer la continuité de l'accès aux droits.

À **Lyon**, le réseau habitat précaire, initiative interassociative animé par l'Alpil, a permis de faire vivre une coordination d'acteurs bénévoles et professionnels dans les squats et bidonvilles et de faciliter la venue d'une équipe mobile sanitaire.

Dans **les métropoles de Lyon et de Nantes**, les équipes de MdM ont observé une implication importante de la DDCS, de l'ARS et des collectivités locales ainsi que des structures sanitaires (centres hospitaliers universitaires, Pass, Pass mobiles, centres fédératif de prévention et dépistage) auprès des personnes habitant dans les squats et bidonvilles. Des plateformes de coordination mises en place par la DDCS ont permis de réunir les acteurs associatifs et institutionnels autour d'enjeux de santé, d'accès à l'eau et à l'alimentation. Il en va de même pour les villes de **Rouen** et de **Caen**, pour lesquelles des dispositifs ont été rapidement mis en place par les préfectures, les DDCS et l'ARS qu'il s'agisse d'équipes mobiles sanitaires, de transports sanitaires ou de centres de desserrement.

... MAIS DES RÉPONSES PAS TOUJOURS ADAPTÉES AUX RÉALITÉS DES PERSONNES CONCERNÉES

Les mesures gouvernementales ont été difficiles à comprendre pour des personnes dont l'habitat se prêtait peu aux mesures de confinement, et ce d'autant plus qu'elles maîtrisaient parfois mal la langue française. La tendance générale de certains médias ou réseaux sociaux à dramatiser la situation, ajoutée aux informations parfois discordantes des pouvoirs publics, ont contribué à générer une certaine incompréhension de la situation sanitaire et une inquiétude générale parmi les personnes en situation de vulnérabilité. À ce climat délicat s'ajoutent le manque d'expérience des acteurs institutionnels et associatifs ainsi que l'absence de perspectives quant à l'évolution de la pandémie. Si les constats sont à relativiser selon les périodes et les territoires, l'isolement ou parfois le sentiment d'abandon de l'État vis-à-vis des personnes en situation de précarité ont pu se faire sentir. Les problèmes de gestion logistique de l'État ont également impacté les personnes les plus précarisées : peu de masques et de gel hydroalcoolique à disposition, manque de savons, fermeture des sanisettes, difficulté à accéder à des points d'eau et à trouver de la nourriture, etc.

(90) Groupe d'intérêt public de Bordeaux métropole (GIP), l'ARS, la Dihal, la DDCS et l'entreprise Suez.

DES DIFFICULTÉS DE COORDINATION ENTRE LES DIFFÉRENTS SERVICES DE L'ÉTAT

Les ARS ont deux grandes missions : le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région. En période de crise sanitaire, cela signifie concrètement d'organiser des soins et des actions de dépistage à l'échelle des territoires, notamment auprès de personnes en situation de précarité. Or, la crise a mis en lumière les difficultés qu'ont eu les acteurs de terrain, comme MdM, à parfois percevoir la capacité des ARS à assumer leur rôle auprès de ce public. Les difficultés à remonter les informations du terrain ou encore le manque de dialogue entre les préfets et les ARS ont pu être constatés et ce sur fond de pénurie de masques en début de crise sanitaire [Sénat, 2020]. Les capacités de coordination et d'action des ARS avec les acteurs du territoire, qu'ils soient étatiques, sanitaires et/ou les collectivités territoriales ont parfois été mises en doute durant le premier confinement ; elles se sont, dans certains territoires, beaucoup reposées sur le monde associatif et ont été jugées trop éloignées du terrain.

« La répartition des prérogatives, en temps de crise, entre l'ARS et la préfecture ne sont pas claires. Il y a un manque de communication entre les deux (...). La préfecture voulait par exemple un tableau des personnes reçues (noms, prénoms, âges, situations administratives, etc.).

La préfecture a une vision différente de celle de l'ARS. L'ARS a une vision de santé publique (prévention, prise en charge, etc.) alors que la préfecture voit l'administratif avant tout. Il faudrait interroger la gouvernance même de la crise sanitaire au niveau national et des territoires. »

[Programme MdM à la frontière franco-italienne, 2020]

Les stratégies d'intervention, et notamment de dépistage, définies en amont par l'ARS ont parfois été à l'origine d'incompréhension exprimée par les équipes de terrain quant à leur sens et à leur valeur ajoutée. À **Montpellier**, elles ont plutôt été vécues comme des opérations de contrôle pouvant même remettre en cause la validité médicale des stratégies décidées par les équipes de terrain. De plus, des complications ont également été observées en raison d'interventions directes de l'ARS auprès des personnes concernées mais sans prendre en considération les acteurs et réalités du terrain.

Dans les **Combrailles**, les équipes de MdM ont rapporté des difficultés à recevoir des informations de la part des institutions, obligeant, de fait, MdM à appeler chacun des acteurs médico-sociaux afin de connaître les modalités de travail.

À **Grande-Synthe et à Calais**, deux villes éloignées l'une de l'autre de 40 km, l'absurdité de la gestion de la crise a conduit à des positionnements et des rôles différents entre deux préfectures pour des besoins sanitaires pourtant similaires. Contrairement à Calais, et hormis la reprise d'activités sanitaires de la CRF et MdM auprès des personnes exilées à partir du début avril, aucune coordination entre les services déconcentrés de l'État et les associations n'a vu le jour à Grande-Synthe. La ville n'a pourtant cessé de voir arriver, toute l'année, des personnes migrantes vivant dans des conditions extrêmement précaires dans le bois du Puythouck.

Au-delà des difficultés de coordination, certaines actions mises en place par les ARS localement auprès des populations précarisées ont des difficultés à s'inscrire dans le temps. Ainsi, à **Briançon et à Gap**, une unité mobile santé précarité, rapidement financée par l'ARS et mise en place par MdM, est intervenue dans des squats, campings, refuges et dans les structures d'hébergement entre mars et juin 2020. La mission était de dépister et d'orienter les personnes qui le souhaitent et d'éviter *in fine* les ruptures d'accès aux traitements et aux soins. Or, même si ce dispositif a fait ses preuves et a été transféré à la CRF seulement au mois de novembre 2020, il est regrettable que l'ARS n'ait pas capitalisé sur cette expérience menée lors du premier confinement et ce avant le transfert de l'unité mobile à la Croix Rouge.

DES NOUVEAUX ACTEURS VENUS COMPENSER LE MANQUE DE COORDINATION

Dans ce contexte de pandémie, de nouveaux acteurs comme les Organisations non gouvernementales internationales (Action contre la faim, Solidarité Internationale) se sont mobilisés sur le territoire français auprès des personnes en situation de vulnérabilité, conduisant certains à parler d'humanitarisation du secteur social [Nevissas, 2020]. Une première intervention de Solidarité internationale avec MdM⁹¹ a eu lieu en avril 2020 avec l'installation de sept points d'eau potable, et la distribution de kits d'hygiène à 260 familles dans des bidonvilles de **Seine-Saint-Denis**. Suite à cette intervention, un second diagnostic rapide fut réalisé dans la métropole de **Nantes** au début du mois de mai, couvrant un total de vingt-neuf bidonvilles. À **Toulouse**, grâce à l'intervention de Solidarités Internationales, interpellé par les acteurs de terrain, de réelles avancées ont vu le jour. Ainsi au 1^{er} juillet 2020, onze bidonvilles sur quatorze dans l'agglomération de Toulouse ont eu un accès à l'eau et 428 kits « *lavage de mains* » ont été distribués à 273 ménages sur quatorze sites⁹².

À côté de l'implication d'acteurs humanitaires, de nombreuses initiatives citoyennes ont vu le jour avec la crise

(91) Solidarités Internationales (SI) est une ONG engagée dans le combat contre les maladies liées à l'eau et dotée d'une expertise reconnue dans l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement.

(92) Rapport de la Délégation de MdM à Toulouse, page 19.

sanitaire. Ces initiatives citoyennes sont souvent venues compenser un manque de coordination et de transparence dans la réponse étatique, des approvisionnements alimentaires aléatoires sur certains terrains, le manque de diversification des denrées et l'incompatibilité des repas distribués avec les régimes alimentaires des personnes. À **Toulouse**, dans l'attente d'une coordination qui n'a vu le jour qu'en avril 2020, des initiatives citoyennes ont permis un large approvisionnement alimentaire aux personnes logeant sur des sites parfois peu connus des associations.

2. RÉPONSES DE L'ÉTAT DANS LE MILIEU PÉNITENTIAIRE : L'EXPÉRIENCE DE MDM À NANTES

LES POINTS ESSENTIELS

→ Une épidémie de Covid-19 contenue au niveau sanitaire mais un durcissement des conditions d'incarcération avec des conséquences sur la santé physique et mentale des personnes détenues.

→ Les mobilisations des équipes sanitaires dans les établissements pénitentiaires et des équipes de MdM fortement tournées vers la gestion de la Covid-19 à défaut de l'accès aux soins primaires et de la gestion courante des problèmes de santé.

70

LA RÉORGANISATION DES CENTRES PÉNITENTIAIRES POUR LUTTER CONTRE LA PROPAGATION DU VIRUS

On sait qu'un virus peut rapidement se propager dans un milieu fermé tel qu'une prison. Le nombre de cas positifs à la Covid-19 parmi les personnes détenues a, par exemple, progressivement augmenté en l'espace d'un mois : passant de 47 début octobre 2020 à 178 début novembre 2020⁽⁹³⁾.

Le gouvernement français a pris plusieurs mesures de prévention et de gestion des cas de Covid-19.

L'une des mesures phare a concerné la réduction du nombre de personnes en détention suite à une forte mobilisation collective de chercheurs, magistrats, avocats, associations [Le Monde, 2020]. Une ordonnance de mars 2020 a notamment permis la libération de plus de 6 000 personnes⁽⁹⁴⁾. Ainsi, les libérations anticipées et la diminution des incarcérations ont permis – là où plusieurs lois ont échoué dans le passé – de diminuer la surpopulation carcérale au printemps 2020,

sachant que le taux d'occupation des prisons en France est l'un des plus élevés d'Europe⁽⁹⁵⁾. Les prisons françaises comptaient 70 651 détenus pour 61 000 places avant la pandémie, les effectifs ont été réduits à 58 695 à la date du 1^{er} juillet 2020. Il y avait fin mai 2020, pour la première fois en France depuis vingt ans, plus de places de prison que de prisonniers. Cette politique volontariste de ne pas surpeupler les prisons n'a cependant pas duré longtemps et ce malgré la condamnation, en 2020, de la France par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) en raison de la promiscuité et des conditions matérielles indignes de détention⁽⁹⁶⁾. Dès l'été 2020, les incarcérations ont repris et plus de 65 000 personnes étaient incarcérées en mai 2021⁽⁹⁷⁾.

Outre la réduction de la population carcérale, les autres mesures concernant la prévention et l'hygiène (les masques, l'accès à du gel, les distances physiques) ont pointé une gestion de la crise particulièrement descendante, laissant peu de marge de manœuvre au niveau local. Les personnes détenues se sont en effet retrouvées dans la situation paradoxale de devoir appliquer les gestes barrières alors même que les conditions de détention ne facilitaient pas le respect de ces mesures, voire le rendaient impossible. L'interdiction de gel hydroalcoolique (en raison de la présence d'alcool) et l'accès restreint à du savon et en quantité suffisante ne facilitent en effet pas le lavage des mains. Dans le même ordre d'idée, elles ont travaillé pendant le premier confinement à confectionner des masques alors qu'elles n'ont eu le droit d'en porter dès la sortie de cellule qu'à partir de mi-octobre malgré plusieurs alertes de l'association des professionnels de santé exerçant en prison, l'OIP et MdM. Des témoignages ont d'ailleurs fait remonter de nombreuses interrogations exprimées par des surveillants et des soignants quant aux risques encourus.

« Le médecin donnait un masque à son patient pendant la consultation et il avait obligation de le jeter à la fin, alors même qu'il y avait une pénurie de masques au début de l'épidémie. »

[Programme carcéral de Nantes, avril 2020]

(93) Observatoire international des prisons (OIP), communiqué de presse, « Deuxième vague de Covid-19 en prison : l'urgence de la décroissance », 5 novembre 2020.

(94) Ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 portant adaptation de règles de procédure pénale sur le fondement de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19.

(95) Conseil de l'Europe (CoE), *Promouvoir des sanctions pénales plus humaines et efficaces sur le plan social* Publication d'une étude sur l'impact à moyen terme de la Covid-19 sur la population carcérale en Europe, 2020.

(96) CEDH 5^e sect., 30 janv. 2020 n° 9671/15, J.M.B. et a. c/ France, Gaz. Pal. 10 mars 2020, n° 10 p. 20, obs. E. Senna.

(97) Source : ministère de la Justice.

Les services pénitentiaires ont dû repenser et réorganiser leurs modalités de travail (suspension des activités socio-culturels, des parloirs et des entrées d'acteurs extérieurs dont MdM) et les personnes détenues n'ont généralement pas eu voix au chapitre dans le choix des orientations prises. Pendant le premier confinement, l'interdiction des parloirs avec les avocats et les familles a été dur à vivre pour les personnes détenues qui se sont senties particulièrement isolées et coupées de tous liens sociaux et familiaux. Pour compenser, et diminuer les tensions, des mesures positives ont néanmoins été prises pour maintenir les liens extérieurs (crédit téléphonique pour chaque détenu⁹⁸ et mise à disposition d'un service de messagerie téléphonique ouvert aux familles via un numéro non surtaxé). Les parloirs ont repris à la sortie du premier confinement et ont été maintenus lors du deuxième mais sont cependant moins nombreux qu'à l'ordinaire. Dans la plupart des prisons, leur fréquence a en effet été restreinte à un échange par semaine qui se tient désormais derrière des vitres en plexiglas. Cette mesure est particulièrement mal vécue par les familles et les personnes détenues. Les unités de vie familiale (UVF), permettant à des familles de se retrouver jusqu'à 48 heures, sont toujours suspendues aujourd'hui.

NE PAS OUBLIER LES AUTRES ENJEUX DE SANTÉ MALGRÉ LA CRISE SANITAIRE

MdM intervient depuis 2015 au centre pénitentiaire de Nantes pour promouvoir et améliorer l'accès à la santé des personnes incarcérées. Comme beaucoup d'autres acteurs associatifs tels que la Cimade ou l'Association nationale des visiteurs de prison (ANVP), MdM a dû suspendre temporairement ses actions au sein du centre pénitentiaire. Seuls les professionnels du CHU de Nantes ont pu entrer au sein du centre pour des soins somatiques et des soins psychiatriques urgents. Dans le centre pénitentiaire de Nantes, les psychologues sont intervenus à distance durant les trois premières semaines de confinement à défaut de pouvoir entrer dans le centre. Grâce à l'appui de l'équipe médicale du centre pénitentiaire de Nantes, MdM fut l'un des premiers acteurs extérieurs à avoir eu l'autorisation d'y rentrer à nouveau mais a dû orienter ses activités de promotion et sensibilisation sur la Covid-19. Même si ces activités sont utiles, elles se sont faites au détriment d'autres problématiques de santé qui continuent d'exister dans l'établissement (santé globale, démarche participative, etc.). Les ateliers collectifs ont ainsi été limités à six personnes (quel que soit

le nombre de mètres carrés) et les entretiens individuels ont été suspendus, puis autorisés mais uniquement hors cellule.

LA RÉORGANISATION DES SOINS ET LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES DÉTENU(E)S

La crise de la Covid-19 a mis à l'épreuve la continuité des soins tant pour les maladies chroniques que les suivis psychologiques ou psychiatriques dans les centres de détention. Les permanences des soins au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)⁹⁹ ont été maintenues mais ont dû se réorganiser durant le premier confinement pour limiter la propagation du virus. Les équipes sanitaires ont été réduites et l'accès aux unités sanitaires adapté à des petits groupes et uniquement pour les personnes ayant un besoin urgent de soins afin de limiter les risques de contamination par la Covid-19.

Les mobilisations des équipes sanitaires dans les établissements pénitentiaires se sont aussi concentrées sur la Covid-19 au détriment de l'accès aux soins primaires et de la gestion courante des problèmes de santé¹⁰⁰. Des consultations médicales et paramédicales en cellule ont été mises en place pour les patients à risques d'être surexposés à la Covid-19, les rendez-vous médicaux non urgents ont été reportés et les extractions et permissions ont été annulées. De plus, les soins à l'extérieur – ou « *extractions médicales* »¹⁰¹ – qui ne peuvent être réalisés dans les murs (examens, hospitalisations, rendez-vous avec certains spécialistes) ont proportionnellement diminué par rapport à 2019 pour éviter les mouvements entre l'extérieur et la prison¹⁰². À partir du deuxième confinement, si les personnes détenues peuvent toujours faire des demandes de rendez-vous médicaux en extérieur, elles sont désormais mises en isolement pendant dix jours à leur retour. MdM a fait état de plusieurs cas de renoncement aux soins au sein de la population carcérale à Nantes. Les personnes ont affirmé préférer ne pas se rendre à la permanence médicale afin d'éviter un potentiel isolement très dur à vivre par les personnes détenues.

« Le seul point que je trouve positif au Covid est le fait de réaliser que la santé est la plus grande richesse que l'on puisse posséder. Et que l'apprentissage de l'hygiène est de fait. Le port du masque constant est psychologiquement lourd. »

[Programme carcéral de Nantes, parole d'une personne détenue, 2020]

(98) Équivalent à 11 heures de communications en France métropolitaine vers un téléphone fixe ou à 5 heures vers un téléphone portable ; ce forfait est passé de 40 € par mois lors du premier confinement à 30 € au mois de novembre, renouvelé en décembre 2020.

(99) Toutes les personnes écrouées sont rattachées au régime général d'assurance maladie et affiliées auprès du Centre national de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE). Les USMP sont implantées par les services hospitaliers au sein de chaque établissement pénitentiaire. Elles organisent également les soins ne pouvant être réalisés dans les murs mais à l'extérieur (examens, hospitalisations, rendez-vous avec certains spécialistes).

(100) OIP, « La continuité des soins à l'épreuve de la crise du Covid-19 », *Dedans Dehors* n°107, juin 2020.

(101) Ces rendez-vous médicaux en externe peuvent se dérouler de deux façons : soit la personne détenue peut obtenir une permission de sortie et dépose une demande devant le juge d'application des peines pour se rendre de façon autonome à ce rendez-vous, soit la secrétaire médicale sollicite un accompagnement du patient par une équipe pénitentiaire dédiée (équipe d'escorte).

(102) OIP, op. cit.

3. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LA RÉORGANISATION DES ACTIONS DE MDM

LES POINTS ESSENTIELS

→ La crise sanitaire a conduit à une baisse exceptionnelle de l'activité des Caso. Ainsi, 14 348 personnes ont été accueillies en 2020 contre 23 048 en 2019 soit une diminution de la file active de près de 38 %.

→ Adaptation des modalités d'accueil et de prise en charge dans les Caso vers des activités d'« aller-vers » et la mise en place de permanences téléphoniques médicales sociales, psychologiques ou psychiatriques pour répondre aux besoins des personnes.

→ Démonstration de la pertinence des dispositifs d'« aller-vers » auprès des publics en situation de précarité.

→ La médiation en santé, un dispositif indispensable et nécessaire à toute action de prévention et de promotion de la santé auprès des populations en situation de précarité.

La pandémie de la Covid-19 a fortement impacté les acteurs de la solidarité et les organismes publics accompagnant les personnes et populations en situation de précarité. À l'annonce du confinement généralisé en mars 2020, les Caso n'étant plus adaptés à recevoir du public, MdM a dû revoir ses modalités d'accueil. Certains lieux fixes ont totalement fermé, d'autres sont restés ouverts, le plus souvent avec des horaires restreints ou uniquement sur rendez-vous. Les programmes mobiles, quant à eux, ont été considérablement renforcés.

Les principes qui ont guidé les actions depuis le début de cette crise ont été les suivants : protéger les usagers et les équipes, poursuivre les activités pour faire face à la crise, auprès des personnes exclues des services de santé et participer à l'effort de solidarité collective soulignant ainsi l'urgence et l'importance d'assurer un accès universel à une couverture santé.

Les actions d'« aller-vers » ont été privilégiées dont la médiation en santé pour être au plus près des personnes (maraudes et équipes mobiles dans les squats et bidonvilles) et en lien avec les institutions. Les activités pouvaient être,

en fonction des contextes et des sites d'intervention, une prise en charge médicale, la fourniture d'équipements de protection (gel, masques), des actions de prévention, de sensibilisation, d'orientation, de soutien psychosocial et également la détection, l'orientation et l'isolement des cas positifs ou suspects.

IMPACT DE LA COVID-19 SUR LES CASO : UNE BAISSÉ DE LA FRÉQUENTATION

Les Caso reçoivent principalement des personnes étrangères (97,0 %) afin de leur proposer un soutien le temps qu'ils obtiennent des droits d'accès à une couverture maladie. En 2020, 5 638 personnes en situation irrégulière au jour de leur première visite ont été accueillies dans les Caso, soit 54,1 % de la file active totale et 64,6 % des étrangers majeurs. Concernant l'asile, 1 639 demandeurs d'asile ont été reçus en Caso, soit une baisse de 50 % par rapport à 2019. Il est à noter que même les personnes ayant une autorisation de séjour sont dans une situation administrative précaire dans la mesure où seules 9,8 % des personnes en situation régulière (hors UE) rencontrées ont un titre de séjour de plus de six mois. Nombreuses sont les personnes qui disposent de récépissés de demande de séjour pouvant être renouvelés plusieurs fois. Les personnes passent ainsi souvent d'une catégorie à l'autre, d'une situation régulière à irrégulière, ce qui complexifie et fragilise d'autant leur accès à tous les droits, dont les droits de santé [Gisti, 2019].

L'origine des personnes est aussi diversifiée que les années précédentes avec 144 nationalités. Les Algériens et les Ivoiriens, comme en 2019, sont les plus représentés (18,5 % et 11,5 %). Le groupe continental le plus représenté est l'Afrique subsaharienne (42,9 %) devant le Maghreb (30,1 %), l'Europe (19,2 %) dont 11,2 % de l'Union européenne (y compris la France). Avec les mesures de confinements, les personnes se rendant à MdM n'ont pas toujours pu bénéficier d'un interprétariat par une tierce personne (personne accompagnante, intervenant MdM, etc.). Cette situation a donc permis de recourir davantage à l'interprétariat professionnel concernant bien souvent les langues vivantes les plus courantes.

En 2020, la crise sanitaire a conduit à une baisse exceptionnelle de l'activité des Caso. Ainsi, 14 348 personnes ont été accueillies dans les 14 Caso de MdM contre 23 048 en 2019,

soit une diminution de la file active de près de 38 %. Cette baisse s'explique par plusieurs raisons. Comme toutes les structures de soin, la pandémie de la Covid-19 a obligé MdM à revoir intégralement ses protocoles sanitaires, avec notamment l'instauration de jauges, la mise en place d'un système de prise de rendez-vous, la réduction des horaires d'ouverture, voire, dans certains cas, la fermeture temporaire. Les restrictions de déplacement constituent une autre raison de la baisse de fréquentation des Caso, d'autant que les visites médicales non urgentes ont été souvent considérées comme des raisons insuffisantes pour justifier un déplacement. Comme d'autres structures associatives, la mobilisation de nos bénévoles, essentiellement retraités et donc considérés comme à risque face à l'épidémie, a été un enjeu majeur pour la mise en œuvre d'activités supplémentaires.

En analysant de plus près l'ensemble des consultations réalisées par jour, la baisse de l'activité est principalement observée pendant les deux mois du premier confinement (du 17 mars au 10 mai 2020) période pendant laquelle moins de 2 000 consultations ont été réalisées (36 consultations en moyenne/jour) (tableau 6).

TABEAU 6 - ACTIVITÉ DES CASO EN 2020 SELON LA PÉRIODE.

	Nb de patients ⁽¹⁾	Nb de visites	Nb de consultations
Période 1 : 01/01-16/03	6 737	10 052	11 449
Période 2 : 17/03-10/05	1 280	1 869	1 965
Période 3 : 11/05-22/10	6 509	10 720	11 871
Période 4 : 23/10-31/12	3 223	4 692	5 350
Total 2020	14 348	27 333	30 635

(1) Un patient peut avoir été vu à plusieurs périodes différentes dans l'année.

L'adaptation à la situation a permis à la grande majorité des Caso de proposer une permanence *a minima* toute l'année y compris pendant les deux confinements. Certains Caso, ont ainsi maintenu une ouverture quotidienne sans rendez-vous, toute l'année, pour des consultations de médecine générale. D'autres Caso ont préféré opter pour des services sur rendez-vous ou *via* des permanences téléphoniques médicales, sociales, psychologiques ou psychiatriques (*cf. chiffres clés des activités des programmes France liés à la Covid-19, page 22*). Les activités ont progressivement repris dans l'ensemble des Caso à partir de la mi-mai 2020 et avec notamment un grand nombre de demandes d'ordre social mises en attente lors du premier confinement (ex : ouverture d'assurance maladie, suivi de titre de séjour expirés, examens médicaux en attente, souffrance psychique non traitée, etc.). Ainsi, **la part des entretiens sociaux¹⁰³ est passée de 36 % avant le confinement à 30 % durant le confinement pour remonter à 47,4 % entre le 11 mai et 22 octobre (tableau 7)¹⁰⁴**. Cette baisse pendant le premier confinement peut s'expliquer notamment par la fermeture des guichets des services publics et parfois même la suspension de leurs activités (Préfecture, CPAM, CCAS).

TABEAU 7 - RÉPARTITION DES CONSULTATIONS SELON LA PÉRIODE EN 2020 (EN % DES CONSULTATIONS SUR CHAQUE PÉRIODE).

% en colonne	01/01-16/03		17/03-10/05		11/05-22/10		23/10-31/12	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultations médicales et dentaires	5 799	50,7	1 212	61,7	5 211	43,9	2 425	45,3
Consultations paramédicales et prévention	1 464	12,8	153	7,8	1 008	8,5	569	10,6
Entretiens sociaux	4 116	36,0	598	30,4	5 626	47,4	2 351	43,9
Consultation sociale	3 944	34,4	588	29,9	5 486	46,2	2 289	42,8
Consultation sociale MNA	62	0,5	10	0,5	16	0,1	14	0,3
Régularisation pour soins	110	1,0	0	0,0	124	1,0	48	0,9
Accompagnement physique	70	0,6	2	0,1	26	0,2	5	0,1

(103) Consultations sociales, consultations sociales MNA, consultations Dasem (droit au séjour des étrangers malades).

(104) Un patient peut avoir été vu à plusieurs périodes différentes dans l'année.

On peut également observer cette baisse des consultations sociales, à travers les motifs de venue exprimées par les personnes. Pour celle, ayant réalisé un entretien d'accueil en 2020, **ces dernières sont essentiellement venues pour**

des raisons de santé (95,7 %) suivi de besoins administratifs, juridiques ou sociaux (10 %) pendant le premier confinement (tableau 8).

TABLEAU 8 - RAISONS DES VISITES EXPRIMÉES PAR LES PERSONNES AYANT RÉALISÉ LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL⁽¹⁾ EN 2020 ET SELON LES PÉRIODES IDENTIFIÉES PENDANT LA CRISE SANITAIRE.

(Plusieurs réponses possibles)	2020		01/01-16/03	17/03-10/05	11/05-22/10	23/10-31/12
% en colonne	n = 6 089		n = 3 118	n = 141	n = 1 952	n = 878
	n	%	%	%	%	%
Motifs de recours « santé »	4 767	78,3	80,9	95,7	73,4	77,2
- Raisons médicales, paramédicales ou dentaires	4 704	77,3	80,0	95,0	72,2	76,0
- Voir un psychologue ou un psychiatre	85	1,4	1,5	1,4	1,4	1,0
- Besoin d'un dépistage / prévention	35	0,6	0,7	0,0	0,2	0,9
Motifs de recours « accompagnement social, juridique ou administratif »	2 191	36,0	35,2	9,9	38,3	37,7
Autres motifs	65	1,1	1,0	0,7	1,0	1,7

Taux de réponse parmi les personnes ayant eu un entretien d'accueil dans l'année : 96,9 %.

(1) L'entretien d'accueil peut avoir lieu après une première venue au Caso. Est considéré ici, la date de l'entretien d'accueil.

Il s'agissait d'une première visite pour moins des deux tiers (62,7 %) des personnes reçues dans les Caso en 2020, proportion plus faible qu'en 2019. De plus, la proportion de personnes récemment arrivées en France apparaît moindre en 2020 probablement en raison de la fermeture des frontières françaises de l'Espace Schengen pendant le premier confinement. Ainsi, parmi les étrangers accueillis dans les Caso, 23,5 % ont indiqué résider en France depuis moins de trois mois lors de leur première visite (contre 38,3 % en 2019) (tableau 9).

TABLEAU 9 - DURÉE DE RÉSIDENCE EN FRANCE DES PERSONNES ÉTRANGÈRES REÇUES DANS LES CASO, 2020.

	n	%	2019 (%)
< à 3 mois	3 013	23,5	38,3
[3-12 mois [	3 313	25,9	25,7
[1-3 ans [	3 326	26,0	19,8
[3-10 ans [	2 546	19,9	13,0
≥ 10 ans	601	4,7	3,3

Taux de réponse : 91,8 %.

Correspond à la durée de présence en France le jour de leur première consultation en 2020.

DÉMONSTRATION DE LA PERTINENCE DE LA MÉDIATION EN SANTÉ DANS LES DISPOSITIFS D'ALLER-VERS AUPRÈS DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

« Alors que les conditions de l'égalité d'accès à la santé sont théoriquement et globalement remplies du point de vue juridique en France via une série de dispositifs, l'égalité et l'accès aux droits, à la prévention et aux soins ne sont pas pleinement effectifs. Dans ce contexte, la médiation en santé est un outil porté historiquement par la société civile, puis par les institutions, afin de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins. La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des publics les plus vulnérables ;
- d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé » [HAS, 2017].

Si le médiateur intervient en complémentarité des professions de santé et des travailleurs sociaux, et participe à la coordination des acteurs qui interviennent auprès des personnes concernées dans le champ de la santé, pour autant, le médiateur en santé n'est ni un travailleur social, ni un professionnel de santé et ni un représentant des personnes qu'il accompagne [MdM, 2018].

« L'inclusion des travailleurs-pairs ou médiateurs de santé dans les activités de prévention au virus est vite apparue comme indispensable dans ce confinement pour permettre l'accès aux soins pour des personnes sans abri. »

[Responsable de projet, Étude Covid-Homeless à Marseille, 2020]

Depuis plusieurs années, la médiation en santé s'est imposée comme un outil nécessaire sinon indispensable pour tendre vers l'effectivité de l'accès à la prévention et aux soins des publics vulnérables. Sous l'impulsion de divers acteurs dont MdM, elle a fait l'objet d'une reconnaissance institutionnelle progressive¹⁰⁵ grâce à la loi de modernisation du système de santé de 2016¹⁰⁶ et le référentiel produit par la Haute Autorité de santé ainsi que la création de diplômes universitaires de médiation en santé [HAS, 2017 ; AŠAV, 2017]. Cependant, elle manque encore de reconnaissance et il n'existe pas, aujourd'hui, de statut officiel de médiateur en santé qui relève souvent de « contrats aidés parfois précaires, et n'est pas souvent considéré comme relevant d'une profession à part entière. Ses compétences sont souvent négligées alors que le savoir-être, l'adaptabilité, l'empathie, et la transmission d'informations favorisent l'accès aux soins et à la prévention et contribuent à rendre le système de santé plus humain et incluant » [CNCDH, 2018].

« Il y a des soignants (...) qui ne savent pas ce qu'est la médiation en santé et ne reconnaissent aucune autorité aux médiateurs en santé. (...) Les médiateurs peuvent être impuissants dans l'accompagnement des personnes car leur parole est remise en question (...). Il y a des gens qui rendent difficile le travail de médiateur car ils vont contredire les médiateurs ou ne pas reconnaître leur expertise. »

[Équipe mobile sanitaire en Guyane durant le premier confinement, 2020]

MdM et les professionnels du secteur médico-social ont défendu durant toute la crise sanitaire, la pertinence de la médiation en santé pour tendre vers le soin, le droit et l'autonomisation des personnes. Elle a permis de mettre en avant les pratiques et les enjeux d'une telle démarche, démontrant l'importance de la mise en lien et l'interface entre les populations et les professionnels/institutions, même si pendant l'urgence, les médiateurs en santé ont manqué de ce dont ils ont le plus besoin, le temps.

« Le Covid nous a permis de repenser nos pratiques professionnelles, d'aller au cœur de notre métier et de redonner du sens à nos missions, de faire des écarts avec nos pratiques de soin et de protection usuelles »

[Infirmière en équipe mobile, Étude Covid-Homeless à Marseille, 2020]

En Guyane par exemple, la situation de crise vécue a conduit l'équipe mobile sanitaire (EMS) à se doter de treize médiateurs en santé en 2020. Leur posture et leur rôle ont permis de faire émerger des problématiques et des besoins qui seraient restés autrement invisibles mais aussi de lever des incompréhensions relatives de la maladie.

« Les gens ont faim. (...) Le constat de l'insécurité alimentaire c'était un constat partagé, mais il a été affiné par les médiateurs. »

[Équipe mobile sanitaire en Guyane, 2020]

« On a eu pas mal de méfiance et de fausses idées sur la Covid, « ça n'existe pas », « c'est les organisations qui l'ont inventé », « c'est en faisant les tests (colon-tige ou piqûres) ou en portant un masque qu'on tombait malade du Covid. »

[Programme en Guyane, 2020]

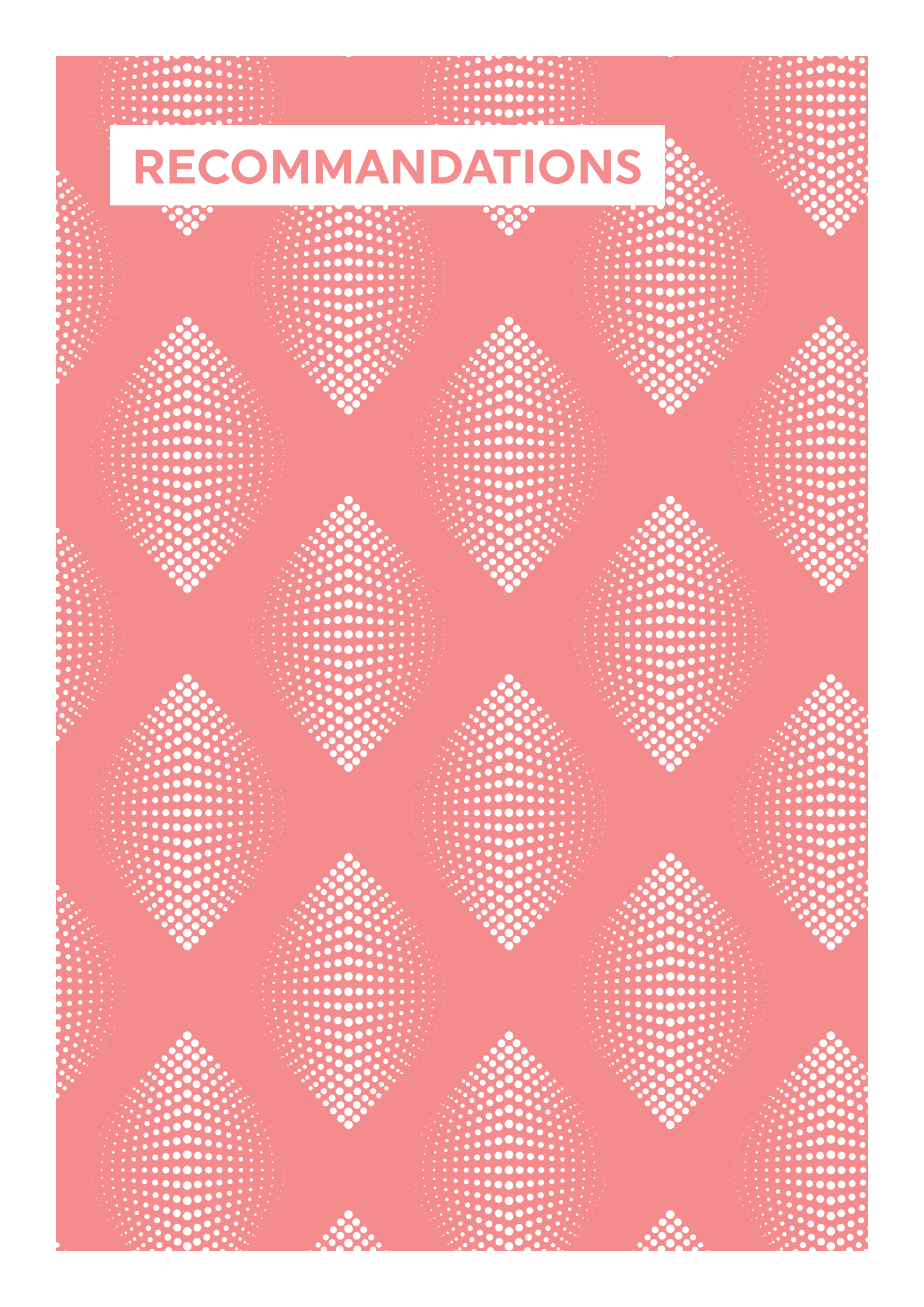
L'expérience en Guyane a porté ses fruits puisque le dispositif Yanacov, géré par l'ARS et qui accompagne des personnes positives à la Covid-19 chez elles, prévoit désormais la création d'un poste en médiation en santé. Le service de la Pass du CHC, quant à lui, envisagerait la création et le déploiement d'un pool de médiateurs opérationnels indépendant pouvant être mis à disposition d'associations ou structure de santé. Par ailleurs, quasi tous les médiateurs recrutés par MdM dans le cadre du projet d'intervention sur la Covid-19 sont aujourd'hui en poste dans une structure de santé ou associative.

Ainsi, l'ensemble des maraudes et des sorties accompagnées de médiateurs en santé en France ont montré toute l'importance d'accompagner les personnes dans un contexte où des ruptures de traitement et des renoncements aux soins ont rapidement été identifiés par les équipes (cf. partie « Accès aux soins et à la prévention pour les personnes en situation de précarité », page 41).

(105) Création de diplôme universitaire de médiation en santé.

(106) La loi n° 2016-41 de modernisation du système de santé est promulguée le 27 janvier 2016 et comprend notamment l'article 90 qui traite de la médiation sanitaire.

RECOMMENDATIONS



LA PÉRENNISATION DES BONNES PRATIQUES NÉES DE LA CRISE SANITAIRE ET L'IMPLICATION DES PERSONNES DANS LES POLITIQUES QUI LES CONCERNENT SONT NÉCESSAIRES

La situation de crise a permis, dans certains territoires, de renforcer la concertation et la co-construction entre tous les acteurs institutionnels (élus, acteurs déconcentrés de l'État) et associatifs, de créer de nouveaux espaces de dialogue et de mettre en avant des bonnes pratiques, comme la mobilité des structures de soins et de prévention vers les personnes ou le recours plus systématique à l'interprétariat professionnel. De plus, elle a montré que certaines actions demandées depuis de nombreuses années notamment par les personnes concernées et les associations, étaient possibles : la lutte contre la surpopulation carcérale, l'installation d'accès à l'eau dans les bidonvilles, la démarche d'« aller-vers », les mesures facilitatrices pour accéder aux soins, etc.

Ces changements induits par la crise sanitaire doivent se pérenniser post Covid-19 mais sans omettre d'impliquer les personnes dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques qui les concernent.

Par ailleurs, les Agences régionales de santé (ARS), qui ont une compétence santé, doivent avoir les capacités d'identifier et de mobiliser les expertises de terrain disponibles (structures de première ligne, associations, etc.), de coordonner efficacement l'action publique au niveau local et de fournir les moyens logistiques et financiers suffisants aux besoins des populations éloignées du système de santé.

LA CRISE SANITAIRE DÉMONTRE L'OBLIGATION DE POUVOIR SE LOGER, AVOIR ACCÈS À L'EAU ET À L'ALIMENTATION POUR PRÉSERVER SA SANTÉ

Les politiques publiques qui assurent l'accès aux droits et à la santé doivent soutenir avant tout la préservation d'environnements favorables à la santé. Ainsi, l'accès à des conditions de vie dignes et aux besoins de première nécessité doivent être garantis en tout lieu et en tout temps. La logique sécuritaire ne peut prendre le pas sur la santé des personnes, sur l'accès à l'eau, à l'hébergement ou à l'alimentation.

ACCÈS À UN LOGEMENT OU À UN HÉBERGEMENT

L'inconditionnalité et la continuité de l'accueil doivent rester au cœur de l'action sociale : toutes les personnes doivent pouvoir avoir accès au minimum à un hébergement digne, quel que soit leur statut administratif.

>> MdM demande une **accélération de la politique du « logement d'abord »** et des moyens suffisants pour assurer un accompagnement intégré (santé, social, etc.) des personnes dans les structures d'hébergement ;

>> MdM demande à ce que le **nombre de places dans les différents types d'hébergement soit en adéquation avec les besoins d'un territoire donné et quel que soit le statut des personnes**. Tout hébergement doit aussi pouvoir correspondre aux normes nécessaires de sécurité sanitaire et de dignité des personnes hébergées (taille des espaces individuels, circulation des personnes, espaces d'hygiène et d'alimentation, aération des locaux et mise à disposition des équipements de protection nécessaire) ;

>> MdM poursuit son combat pour un **accès au logement digne, stable et adapté aux personnes** vivant actuellement en bidonvilles et squats, et la mise en œuvre effective sur les territoires de la stratégie de résorption conformément à l'Instruction du 25 janvier 2018 ;

>> MdM appelle à **prioriser les enjeux de santé** dans le respect des personnes et des groupes y compris lorsqu'une expulsion est prévue sur un lieu de vie.

ACCÈS À L'EAU, HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT (EHA) ET À L'ALIMENTATION

Les solutions opérationnelles qui ont fait leurs preuves pendant la crise sanitaire devraient être pérennisées. L'accès à une alimentation et à une eau de qualité en quantité suffisante, la gestion des déchets et des bonnes conditions d'hygiène (accès à des sanitaires et des douches) sont en effet essentiels pour protéger la santé humaine en tout temps et quel que soit le lieu de vie des personnes.

DES ENJEUX DE SANTÉ GLOBAUX ET SPÉCIFIQUES À LA PANDÉMIE SONT À PRENDRE EN COMPTE

L'amélioration de la santé et de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité nécessitent une approche globale de la personne et un renforcement des interventions médico-psycho-sociales, notamment en période de crise sanitaire. Pour ce faire, il est important de combiner des stratégies de promotion et prévention en santé d'un côté, et d'adaptation de l'offre en santé de l'autre, quels que soient les publics concernés.

Comme toute politique de santé publique et *a fortiori* dans un contexte d'épidémie, les problématiques des populations en situation de précarité devraient être au cœur des réflexions de la construction des mesures de santé publique.

LUTTER CONTRE LA COVID-19 ET SES EFFETS DIRECTS

- >> MdM recommande aux décideurs de garantir **l'accès des personnes en situation de précarité aux matériels de protection** (tels que masque, savon ou gel hydroalcoolique) et aux tests dépistage de la Covid-19 ;
- >> MdM demande **l'accès inconditionnel aux vaccins en proposant un éventail de dispositifs adaptés aux personnes, à leurs conditions de vie et en accord avec elles**. Il est ainsi parfois nécessaire d'envisager des équipes mobiles vaccinatrices, d'accompagner à la prise de rendez-vous en ligne, par téléphone ou au centre de vaccination, de systématiser l'interprétariat professionnel pour les personnes allophones et d'intégrer un circuit de vaccino-vigilance une fois les personnes vaccinées. Les conditions pour l'obtention du consentement éclairé des personnes doivent être garanties préalablement ;
- >> MdM recommande l'utilisation préférentielle, pour les populations en situation de précarité et de promiscuité les plus stabilisées sur leur lieu de vie (garantie de recevoir une seconde dose), des vaccins à ARNm en raison de leur efficacité sur la transmission de la Covid-19.

Focus : La prise en charge de la santé mentale et le soutien psychosocial des mineurs non accompagnés (MNA)

La première urgence est de répondre aux besoins primaires de tout jeune se déclarant MNA, en garantissant :

- >> Une mise à l'abri immédiate et inconditionnelle permettant d'offrir un temps de répit préalable à l'évaluation de l'isolement et de la minorité ;
- >> Un bilan de santé somatique et psychologique systématique ainsi qu'une ouverture immédiate des droits à une couverture santé (et maintien des droits jusqu'à ce qu'une décision judiciaire définitive statue sur l'admission dans les dispositifs de la protection de l'enfance) ;
- >> Une évaluation de la minorité et de l'isolement bienveillante et objective¹⁰⁷ – tout examen médico-légal visant à déterminer l'âge des MNA doit être interdit ;
- >> L'ouverture de lieux d'accueil offrant une information sur les droits et une consultation médicale et psychologique pour le repérage des situations d'urgence ;
- >> Le renforcement et l'adaptation des structures de prise en charge en santé mentale de droit commun ;
- >> La promotion et le financement de l'interprétariat professionnel dans les dispositifs de droit commun.

ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS

L'arrivée de la Covid-19 a rapidement focalisé les attentions sur ce nouveau virus, au détriment des autres enjeux de santé (maladies chroniques, santé maternelle et infantile, etc.). À moyen et long terme, cette situation a déjà majoré les retards et les renoncements aux soins et la prévention et impacté l'état de santé des personnes en situation de précarité qui, pour certaines, ont disparu des radars du système de santé.

- >> MdM demande le **maintien de la continuité de l'accès aux structures préventives** (PMI, CeGIDD, centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), centre de lutte antituberculeuse (CLAT), etc.) **et à celle de prise en charge médico-psycho-sociale** (médecine générale, Pass, centres de santé, CMP, CMPP, etc.) ;
- >> MdM demande une meilleure sensibilisation de l'ensemble des professionnels du système de santé à la nécessité d'adopter une approche médico-psycho-sociale, inclusive et non discriminante en santé en faveur des personnes en situation de précarité. Ils doivent être sensibilisés tout au long de leur cursus de formation en santé et de leur carrière.

Focus : Droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR)

- >> MdM demande **l'accélération de la reprise de la stratégie de réduction des risques (VIH, hépatite, IST)** ;
- >> MdM demande à ce qu'une attention particulière soit portée aux **femmes en situation de précarité** afin de leur apporter une réponse diversifiée et continue en DSSR (suivi gynécologique et des grossesses, dépistage du cancer du col de l'utérus, accès à la contraception, à la contraception d'urgence et IVG et lutte contre les violences liées au genre, etc.) ;
- >> MdM demande le **renforcement des interventions mobiles dans les bidonvilles**, campements et squats et d'y maintenir la distribution de kits de contraception y compris la contraception d'urgence.

(107) Pour s'assurer que le jeune se présentant comme MNA relève bien du dispositif de la protection de l'enfance, les services des départements évaluent sa situation afin de déterminer sa minorité et sa situation d'isolement. Alors que la loi prévoit une évaluation du danger dans lequel se trouve le jeune, seule l'évaluation de l'âge et de l'isolement est prise en compte.

UN SYSTÈME DE SANTÉ SOLIDAIRE ET RÉELLEMENT UNIVERSEL EST POSSIBLE ET DEVRAIT ÊTRE CONSOLIDÉ

Depuis plus de trente ans, MdM milite, aux côtés de nombreuses associations, pour un « choc de simplification » du dispositif d'accès à la couverture maladie, permettant ainsi une protection maladie réellement inclusive pour les personnes en précarité. **Le système de santé doit pouvoir être accessible et ouvert à toutes et tous, et les décisions prises doivent répondre aux impératifs de santé publique, d'égalité, de justice sociale et de respect des droits fondamentaux.** Ceci implique également de pouvoir accompagner l'accès aux innovations thérapeutiques pour les personnes malades, et de lever les différentes barrières administratives et financières à l'accès aux soins. L'accès soutenable aux innovations thérapeutiques doit être au cœur d'une politique publique soucieuse des principes d'universalité, soutenabilité et pérennité des systèmes de santé publique, en France et dans le monde.

MdM demande :

- >> **l'intégration des bénéficiaires de l'AME dans la sécurité sociale ;**
- >> dans l'attente, l'abrogation des mesures concernant l'AME et plus largement les droits de santé des étrangers adoptées fin 2019 ;
- >> **la pérennisation des mesures visant à faciliter et simplifier l'accès au droit adoptées pendant la crise sanitaire**, sur le plan de la réglementation ou de l'organisation ;
- >> **des moyens suffisants afin que l'Assurance maladie puisse organiser correctement l'accueil physique** sans rendez-vous des personnes déposant leur dossier de demande de droits, *a fortiori* dans la perspective de l'obligation de dépôt physique en caisse par les demandeurs d'AME, conformément à ce que recommande le DDD pour l'ensemble des services publics ;
- >> **la gratuité réelle et totale¹⁰⁸ de la ligne téléphonique de l'Assurance maladie**, le 3646, désormais de plus en plus incontournable pour toutes les démarches ; son coût actuel représente une véritable barrière à l'accès aux droits des personnes en précarité ;
- >> **A minima, une carte vitale pour les demandeurs d'asile et les bénéficiaires de l'AME ;**

>> **Le renforcement de l'État dans les moyens qu'il se donne pour négocier des prix des médicaments justes et transparents** tout en assurant l'application effective des flexibilités prévues dans le droit de la propriété intellectuelle pour protéger la santé publique, tant au niveau national (par la licence d'office) que par des coopérations européennes et internationales ;

>> **Une réforme des modèles de recherche et développement pour mettre fin aux abus de brevets et monopoles dans le cycle de l'innovation** pour mieux prendre en compte et valoriser la recherche publique ;

>> **Une réforme de la politique industrielle actuelle afin de permettre l'émergence d'une politique fondée sur les besoins des territoires et la soutenabilité des systèmes de santé publique**, sur le transfert de technologies, le partage de connaissances et la coopération entre les nations.

LES STRATÉGIES ET LES ACTIONS D'« ALLER-VERS » DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SONT À RENFORCER

MdM salue les intentions récentes de l'État, durant la crise sanitaire, de renforcer les dispositifs d'accès aux soins et aux droits en santé physique et mentale et des démarches d'« aller-vers » pour lutter contre les inégalités de santé et d'accès aux soins¹⁰⁹.

- >> Ces intentions demandent toutefois à ce que, d'une part, **les associations et les acteurs de première ligne soient systématiquement associés et consultés au niveau local et national pour la construction de ces dispositifs** (cahiers des charges et mise en œuvre), et que d'autre part ces mesures soient prises de manière pérenne et soutenues financièrement par l'État et les ARS ;
- >> MdM demande à ce que la **médiation en santé soit reconnue et valorisée par les institutions publiques comme une composante essentielle des interventions en santé-précarité**. Les compétences métiers des médiateurs en santé doivent être reconnues au niveau national (formation qualifiante et certification) ;
- >> MdM demande un financement des Pass à la hauteur des besoins sur les différents territoires et ce en concertation avec les acteurs de première ligne, et

(108) Y compris pour les numéros appelant au moyen d'une carte téléphonique prépayée.

(109) Il s'agit de la mesure 27 « Inégalités de santé » du Ségur de la santé qui prévoit des financements supplémentaires, tous n'étant pas pérennes, pour le renforcement de dispositifs existants et la création de nouveaux dispositifs : LHSS et LHSS mobiles, Pass et Pass mobiles, dispositifs de réduction des risques et addictions (Caarud, Csapa et Elsa), EMPP, appartements de coordination thérapeutiques hors les murs, équipes mobiles santé précarité, services de soins infirmiers à domicile, centres et maisons de santé « participatifs ».

de déployer des actions d' « *aller-vers* », à travers notamment le déploiement des Pass mobiles auprès des personnes éloignées du soin. Le dispositif financier des Pass doit permettre un accès aux soins (consultations, plateaux technique, traitements) de toutes les personnes en précarité quel que soit leur statut administratif, conformément à la mission de service public de l'hôpital d'égal accès aux soins de tous ;

- >> MdM recommande de **systematiser le recours à l'interprétariat en santé** dans toutes les structures de soins qui accueillent des personnes allophones, sans lequel tout soin est extrêmement difficile voire impossible.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Action contre la faim et Solidarité International. *Garantir l'accès à l'eau, à l'assainissement, et à l'hygiène (EAH) dans les lieux de vie informels en France. Retour sur les activités menées de mars 2020 à mars 2021 en période de crise sanitaire*. 2021.
- ARS Mayotte. Communiqué de presse. «La malnutrition infantile, un axe de santé prioritaire à Mayotte» [Internet]. 2020.
- AŠAV, avec le concours de la Fnasat et le soutien du ministère des Affaires sociales et de la Santé et de Santé publique France. *Médiateur.e.s en santé : une approche reconnue, un métier à promouvoir*. Acte du colloque, décembre 2016. 2017.
- Basurko C., Benazzouz B., Boceno C., Dupart O., Souchart E., Trepont A. et al. «La faim au temps du Covid-19 à Cayenne (Guyane) et dans ses environs». *Bull. Epidémiol. Hebd.* 2020 ; (29):582-8.
- Beale, S., Hayward, A., Shallcross L., Aldridge R.W. and Fragaszy, E., 2020. *A Rapid Review of the Asymptomatic Proportion of PCR-Confirmed SARS-CoV-2 Infections in Community Settings*. medRxiv.
- Centre Primo Levi, Médecins du Monde. *La souffrance psychique des exilés. Une urgence de santé publique*. 2018.
- Coalition Eau. État des lieux en France. Publication du premier Observatoire des droits à l'eau et à l'assainissement [Internet]. 2021.
- Collectif des associations Unies (CAU). *Les oubliés du confinement* [Internet]. 2020.
- Collectif de 31 organisations. *Saisine de la Défenseure des Droits. Situation des personnes exilées à*
- *Paris et en Île-de-France à travers l'exemple du campement de la place de l'Écluse à Saint-Denis*. 2020.
- Comede, MSF. *Vivre le confinement. Les mineurs non accompagnés en recours face à l'épidémie de Covid-19*. 2021.
- CovidPrev (enquêtes répétées) Santé publique France. *Covid-19 : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie*.
- CNDH Romeurope, *Les leçons d'un confinement hors normes dans les bidonvilles et squats*. 2021.
- CNDH. Avis. *Agir contre les maltraitements dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* [Internet]. 2018.
- Défenseur des droits. *Exilés et droits fondamentaux, trois ans après le rapport Calais* [Internet]. 2018.
- Défenseur des droits. Macchi O. *Adolescents sans logement. Grandir en famille dans une chambre d'hôtel*. [Internet]. 2019.
- Défenseur des droits. *Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics* [Internet]. 2019.
- Fondation Abbé Pierre. *Vingt-sixième rapport sur l'État du mal-logement en France*. 2021.
- Gandré C., Coldefy M., Rochereau T. «Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020». *Questions d'économie de la santé*. 2020 ; 249 :1-8.
- Gautier L., Poveda J-D., Nguengang Wakap S., Bouchon M., Quesnel-Vallée A. «Adapting care provision and advocating for unprotected unaccompanied minors in Paris in the context of COVID-19». *Glob Health Promot.* 2021 Mar ; 28(1):75-78.
- Gisti. *Sans-papiers, mais pas sans droits*. 2019. 7e édition.
- Haut Conseil de la santé publique. *Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics*. 2020.
- Groupe RUSH. *Missions de diagnostic et d'évaluation des mesures de protection sanitaire collective dans les centres d'hébergement du Rhône durant la première vague épidémique COVID-19. Réponse urgence sociale humanitaire (RUSH), analyse et recommandations*. 2020.
- Insee. *Évolution des conditions de logement à Mayotte* [Internet]. 2019.
- Haute autorité de santé (HAS). *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins* [Internet]. 2017 oct.
- Henno O. Avis n°141 du Sénat présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances, [Internet]. Sénat. 2020.
- La Cimade. *État d'urgence sanitaire : analyse des ordonnances Covid-19*. [Internet]. 2020.
- Le Bail H., Giametta C., Rassouw N. *Que pensent les travailleurs sexuels de la loi prostitution : Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le «système prostitutionnel»*. [Rapport de recherche] Médecins du Monde. 2018.
- Le Bail H., Giametta C. *Loi contre le «système prostitutionnel» : l'amer constat d'échec des associations*. 2019.
- Légifrance. Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020. Dernière mise à jour des données de ce texte : 01 janvier 2021. JORF n°0302.
- Légifrance. Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus Covid-19 : 16 mars 2020 [Internet]. JORF n°0066 Texte n° 2 mars 17, 2020.
- Légifrance. Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 (1) [Internet]. JORF n°0072, Texte n° 2 mars 24, 2020.
- Légifrance. Loi n° 2020-856 du 9 juillet 2020 organisant la sortie de l'état d'urgence sanitaire [Internet]. JORF n°0169 Texte n° 1 juill 10, 2020.
- Légifrance. Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'État et aux conditions permettant de bénéficier

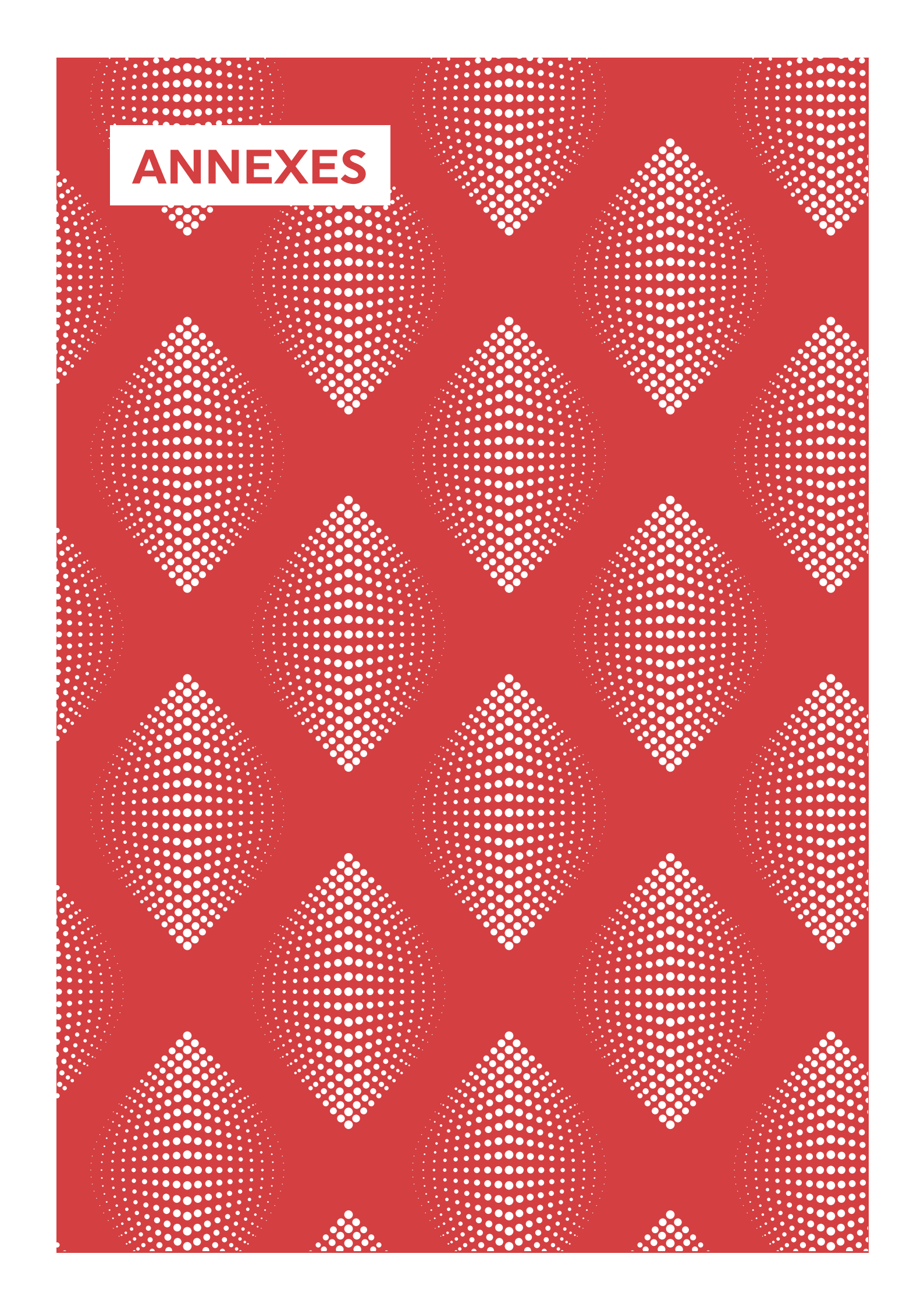
du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France [Internet]. JORF n°0266 Texte n° 23 nov. 1, 2020.

- Longchamps C., Ducarroz S., Crouzet L., El Aarbaoui T., Allaire C., Colleville A-C, et al. « Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 et son impact chez les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement en France : premiers résultats de l'étude ECHO ». *Bull Epidémiol Hebd.* 2021 ; (Cov_1):2-9.
- Le Monde. « Réduisons le nombre de personnes incarcérées pour de courtes peines ou en fin de peine ». Tribune d'un collectif de chercheurs, de magistrats et d'avocats. 19 mars 2021
- Observatoire du Samu social de Paris. *ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France Premiers résultats de l'enquête quantitative* [Internet]. 2014.
- OMS. *Eau, assainissement, hygiène et gestion des déchets en rapport avec le SARS-CoV-2, le virus responsable de la Covid-19. Orientations provisoires* [Internet]. 2020.
- Marsaudon A., Dourgnon P., Jusot F., Wittwer J. *Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des*
- *politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour.* Déc 2020 ; (253).
- MdM. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France. 2018.
- MdM. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France. 2020.
- MdM. *Les difficultés rencontrées par des professionnels de Pass dans la prise en charge des populations en situation de précarité. Enquête qualitative auprès des professionnels de trois permanences d'accès aux soins de santé en France en 2018. Rapport d'enquête.* 2021.
- Nevissas O., Tinland A., Farnarier C., Mosnier M., Mosnier E. *Les personnes en situation de sans-abrisme face à la Covid-19 : étude sur des éléments d'une praxis humanitaire chez des acteurs associatifs de Marseille.* Nov 2020 ; (15).
- Observatoire des expulsions de lieux de vie informels. Note d'analyse détaillée - 1^{er} novembre 2019 au 31 octobre 2020 [Internet]. 2020.
- Peiretti-Courtis D., « Faire du Noir » ou la peur de la dépopulation africaine », dans *Corps noirs et médecins blancs. La fabrique du préjugé racial, XIXe-XXe siècles*, sous la direction de Peiretti-Courtis D. Paris, La Découverte, « Sciences humaines », 2021, p. 234-252.
- Roederer T., Mollo B., Vincent C., Nikolay B., Llosa A., Nesbitt R., et al. *High seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies among people living in precarious situations in Île-de-France.* medRxiv. 1 janv. 2020.
- Santé publique France. *Surveillance du VIH et des IST bactériennes* [Internet]. 2020.
- Secours catholique. *Résolutions - Suppléments journal Messages* [Internet]. 2020.
- Sénat. *L'hébergement d'urgence sous forte tension : sortir de la gestion dans l'urgence.* Rapport d'information de M. Philippe Dallier, fait au nom de la commission des finances n° 193 (2016-2017). 2016.
- Sénat. *Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de*

l'épidémie de Covid-19. Rapport de Mme Catherine Deroche, M. Bernard Jomier et Mme Sylvie Vermeillet, fait au nom de la commission d'enquête Évaluation des politiques publiques face aux pandémies n° 199 tome I (2020-2021). 2020.

- Trummer U., Novak-Zezula DS. OIM. *Cost analysis of health care provision for irregular migrants and EU citizens without insurance* [Internet]. 2016.
- Veisse A., Wolmark L., Revault P., Giacomelli M., Bamberger M., Zlatanova Z. « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés ». *Bull Epidémiol Hebd.* 2017 ; (19-20):405-14.

ANNEXES

The background of the entire page is a solid red color. Overlaid on this is a repeating pattern of white diamonds. Each diamond is filled with a halftone dot pattern, where the density of the dots is higher in the center and decreases towards the edges, creating a gradient effect. The diamonds are arranged in a staggered grid, with each diamond's center offset from the others both horizontally and vertically.

1. MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES DANS LES CASO

L'analyse des données 2020 et les principaux résultats ont été interprétés, cette année, sous l'angle du contexte pandémique en lien avec la Covid-19. Cette analyse a été complétée par des constats qualitatifs de l'ensemble des programmes MdM (Caso ou programmes mobiles). Pour les Caso ayant adapté leurs interventions (permanences téléphoniques, « aller-vers », etc.) aux différents stades de l'épidémie, les données n'ont pas toujours été recueillies dans le dossier patient informatisé (DPI).

RECUEIL DE DONNÉES DANS LES CASO

Depuis 2016, les données sont recueillies auprès des patients par les intervenants des Caso à l'aide d'un dossier patient informatisé (DPI). Il s'agit à la fois d'un outil de prise en charge socio-médicale des usagers accueillis dans les Caso et d'un outil de collecte de données. Le DPI s'appuie sur un accès par Internet à une base de données unique centralisée sur le web et hébergée par un hébergeur agréé « hébergeur de données de santé à caractère personnel ».

La structure de l'application (architecture de la base de données) a été définie pour répondre à la pluralité des formes de prise en charge des usagers existantes dans les Caso en France. Ainsi le DPI dispose des dossiers suivants : entretien d'accueil, dossier social (dont MNA, régularisation pour soins), infirmier, médical, dentaire, psychiatrie/psychologie, ophtalmologie/opticien, prévention VIH-HEP-IST, gynécologie/sage-femme, dermatologie, cardiologie, kinésithérapie, podologie, violences subies, accompagnement physique.

L'entretien d'accueil est rempli pour chaque patient, une fois et une seule, lors de sa première venue au Caso. Il est conçu pour être un guide d'entretien permettant à l'accueillant et/ou au travailleur social d'examiner la situation sociale des patients, de les informer et de les orienter sur leurs droits et sur leurs démarches administratives. Il permet par ailleurs de disposer des caractéristiques des personnes rencontrées au jour de leur première visite.

Les autres dossiers sont complétés au fur et à mesure des visites des personnes et permettent d'enregistrer tous les actes réalisés.

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS PRIMAIRES

Lors des consultations médicales, les diagnostics sont établis à partir de la Classification internationale des soins de santé primaires¹. Cet outil, reconnu par l'OMS, a été créé par la Wonca (Association internationale des médecins de famille) dans le but de qualifier et de coder de manière standardisée :

- des symptômes ou des plaintes ;
- des pathologies diagnostiquées ;
- des procédures : actes réalisés par les médecins lors de la consultation ou en fin de consultation (orientations).

Elle comporte initialement 680 items (hors procédure de soins) et se présente sous la forme d'une grille à double entrée : 17 chapitres (ou appareils anatomiques) basés sur les systèmes corporels (*système digestif, cardiovasculaire, neurologique, etc.*) et 7 rubriques.

17 chapitres (ou appareils anatomiques) identifiés par une lettre :

- A** Général et non spécifié²
- B** Sang, système hématopoïétique / immunologie (**B**lood, sang)
- D** Système Digestif
- F** Œil
- H** Oreille (**H**earing, audition)
- K** Cardiovasculaire
- L** Ostéo-articulaire (**L**ocomotion)
- N** Neurologique
- P** Psychologique
- R** Respiratoire
- S** Peau (**S**kin, peau)
- T** Métabolique, nutrition, endocrinien
- U** Système Urinaire
- W** Grossesse, accouchement, planning familial (**W**oman, femme)
- X** Système génital féminin et sein (**C**hromosome **X**)
- Y** Système génital masculin et sein (**C**hromosome **Y**)
- Z** Social³

(1) Pour plus d'informations sur la CISP se référer au site internet du CISP-Club http://www.cispcub.org/4daction/w3_CatVisu/fr/Articles.html?wCatIDAdmin=7

(2) Cette catégorie regroupe tous les symptômes et maladies qui ne peuvent être classés par appareil ou famille d'organes selon la logique de la CISP. On y retrouve par exemple des symptômes généraux (fièvre, douleur) ; des maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, varicelle, etc.) quand elles ne sont pas classables ailleurs ; des cancers quand le cancer primitif n'est pas diagnostiqué ; mais aussi les polytraumatismes, les effets secondaires des médicaments, les allergies non pulmonaires et non cutanées, etc.

(3) Cette catégorie n'est pas utilisée lors de la consultation médicale, la dimension sociale étant abordée dans le dossier social de la personne.

7 rubriques (symptômes, diagnostics et procédures ou actes médicaux réalisés pendant la consultation), identifiables dans chaque chapitre par un code couleur :

Symptômes et plaintes – **vert** : codes 01 à 29

Procédures – **gris** : codes 30 à 69

Diagnostics ou maladies : codes 70 à 99

Maladies infectieuses – **jaune**

Tumeurs et néoplasmes – **bleu clair**

Lésions traumatiques – **rose**

Anomalies congénitales – **bleu foncé**

Autres diagnostics – **violet**

Chaque item correspond à l'association d'une lettre (chapitre/appareil anatomique) et d'un nombre (correspondant à une rubrique).

Exemples :

Peur du VIH : **B 25** (**B** = sang, système hématopoïétique, immunologie / **25** = code spécifique / rubrique symptôme ou plainte (vert))

Angine aiguë : **R 76** (**R** = respiratoire et **76** = code spécifique / rubrique infection (jaune))

Les procédures se construisent de la même manière : association d'une lettre correspondant à l'appareil concerné par la procédure et d'un nombre.

Exemples :

Résultats d'analyse sanguine dans le cadre d'un bilan d'une HTA : **K 60** (**K** = cardiovasculaire / **60** = code spécifique procédure (gris))

Rencontre de suivi pour une épilepsie traitée : **N 63** (**N** = neurologique / **63** = code spécifique procédure (gris))

Avis au sujet d'une prise en charge de grossesse : **W 45** (**W** = grossesse, accouchement et planification familiale / **45** = code spécifique procédure (gris))

Remarques :

L'ORL est répartie entre les chapitres :

- Respiratoire (exemples : saignement de nez / épistaxis R06 ; sinusite aiguë / chronique R75) ;
- Oreille (exemples : otalgie H01 ; otite moyenne aiguë H71 ; surdité H86...) ;
- Digestif (exemple : oreillons D71).

Le dentaire-stomatologie correspond au chapitre Digestif (exemple : symptôme / plainte dents / gencives D19).

Les médecins peuvent indiquer jusqu'à cinq résultats de consultations dans les dossiers médicaux. Ils notifient toutes les pathologies repérées en cours, y compris celles qui ne font pas l'objet de la demande de consultation, l'objectif étant de rendre compte le plus fidèlement possible de l'état de santé des personnes rencontrées.

POINT MÉTHODOLOGIQUE SUR L'ANALYSE DES DONNÉES DANS LE CONTEXTE PANDÉMIQUE

L'année 2020 ayant été marquée par la pandémie de la Covid-19, certains résultats observés font l'objet de comparaison avec ceux de l'année 2019. L'entretien d'accueil ayant pu être réalisé avant 2020, certains de ces résultats ont été ainsi étudiés uniquement parmi les personnes pour lesquelles un entretien d'accueil a été réalisé en 2020.

Pour prendre en compte les évolutions de contexte liées à la crise sanitaire pendant l'année, des comparaisons entre quatre périodes ont été réalisées :

- La période 1 → du 1^{er} janvier au 16 mars, avant le début de la crise sanitaire ;
- La période 2 → du 17 mars au 10 mai, période concernant le premier confinement ;
- La période 3 → du 11 mai au 22 octobre, période correspondant à la baisse de la circulation virale et sans mise en place généralisée de mesures strictes ;
- La période 4 → du 23 octobre au 31 décembre, période correspondant à une alternance entre couvre-feu étendu et confinement (30 octobre au 15 décembre).

Un même patient peut avoir été vu sur plusieurs périodes dans l'année. Les comparaisons sont réalisées en proportion des effectifs sur chaque période. Les effectifs bruts entre les périodes ne peuvent pas être comparés en raison des différences de durée entre les périodes.

ANALYSE GLOBALE DES DONNÉES

L'analyse des données des Caso est confiée au CREAL-ORS Occitanie. Le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel Sas (version 9.4). Certains résultats mentionnés dans le rapport font appel à des comparaisons bivariées de deux variables. Elles ont été testées à l'aide du test du khi-deux de Pearson (pour les variables qualitatives) et de l'analyse de variances (pour les variables quantitatives). Les différences observées ont été exprimées à l'aide de la valeur « p », ou degré de signification. La valeur « p » maximale pour considérer une différence comme significative a été fixée à 5 %, c'est-à-dire qu'il y a 5 % de chance d'obtenir par le hasard le résultat observé en supposant que l'hypothèse d'absence de lien entre les groupes étudiés soit vraie. La codification retenue est la suivante :

- ns : différence non significative au seuil de 5 % ;
- * : différence significative au seuil de 5 % ;
- ** : différence significative au seuil de 1 % ;
- *** : différence significative au seuil de 1 %.

Des analyses multivariées à partir de régression logistique ont également été réalisées et mentionnées dans ce rapport afin d'analyser les relations entre une variable à expliquer qualitative binaire et plusieurs variables explicatives. Ces analyses permettent de mesurer l'effet individuel de chaque variable explicative sur la variable à expliquer et de prendre en compte l'influence de facteurs tiers (ajustement). L'odds ratio est utilisé pour témoigner du sens (augmentation si >1 et diminution si <1) et de la force de l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible, sans pour autant mettre en évidence une relation de causalité. La régression logistique n'a pas été utilisée ici pour construire des modèles prédictifs, mais seulement pour contrôler l'impact de variables de confusion et quantifier la force du lien entre les variables explicatives et la variable à expliquer.

ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES AVEC LA CISP

L'analyse des données médicales a été réalisée parmi l'ensemble des patients reçus en consultation en 2020. Une pathologie diagnostiquée à plusieurs reprises dans l'année pour un même patient est donc comptabilisée une seule fois. Cette analyse par patient plutôt que sur l'ensemble des consultations permet d'éviter de comptabiliser plusieurs fois une même maladie, notamment pour des pathologies chroniques notifiées à chaque consultation. L'objectif est d'obtenir une estimation des prévalences en fonction des types d'affections dans les différentes populations reçues en Caso.

Rappelons enfin que le terme de « prévalence » n'est pas tout à fait approprié dans ce travail dans la mesure où les consultants de Médecins du Monde ne subissent pas un examen complet permettant d'avoir une vue d'ensemble de leur état de santé. Il faut donc interpréter les prévalences en termes de fréquences de pathologies diagnostiquées, sans que l'on connaisse exactement la véritable prévalence de ces affections parmi les consultants.

2. ACTIVITÉS

PAR CASO

	Ajaccio	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Pau	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	TOTAL
Nombre de consultations	345	3 990	1 681	1 555	3 851	2 277	1 736	2 044	3 942	372	610	4 857	1 960	1 415	30 635
Nombre de patients différents (file active)	126	1 700	761	851	1 925	997	516	1 045	1 980	234	551	2 520	494	648	14 348
Nombre de consultations médicales (généralistes, spécialistes)	338	1 863	597	952	1 526	771	800	1 058	2 322	355	490	2 104	474	563	14 213
Part des consultations médicales (par rapport au total)	2,4%	13,1%	4,2%	6,7%	10,7%	5,4%	5,6%	7,4%	16,3%	2,5%	3,4%	14,8%	3,3%	4,0%	100,0%
Nombre de patients différents ayant eu une consultation médicale	115	927	443	645	1 073	549	402	556	1 348	223	392	1 322	227	391	8 613
Nombre moyen de consultations médicales	2,94	2,01	1,35	1,48	1,42	1,40	1,99	1,90	1,72	1,59	1,25	1,59	2,09	1,44	1,65
Nombre de consultations dentaires						191	109	134						434	
Part des consultations dentaires (par rapport au total)						44,0%	25,1%	30,9%						100,0%	
Nombre de patients différents ayant eu une consultation dentaire						100	58	85						243	
Nombre de consultations dentaires par patient						1,91	1,88	1,58						1,79	
Nombre de consultations paramédicales ¹	5	159	784	227	236	528	11	34	107	17	69	501	495	21	3 194
Part des consultations paramédicales (par rapport au total)	0,2%	5,0%	24,5%	7,1%	7,4%	16,5%	0,3%	1,1%	3,4%	0,5%	2,2%	15,7%	15,5%	0,7%	100,0%
Nombre d'entretiens sociaux ²	2	1 960	300	319	2 089	787	816	818	1 513	0	18	2 247	991	831	12 691
Part des consultations sociales (par rapport au total)	0,0%	15,4%	2,4%	2,5%	16,5%	6,2%	6,4%	6,4%	11,9%	0,0%	0,1%	17,7%	7,8%	6,5%	100,0%

(1) Les consultations paramédicales comprennent les actes infirmiers et les consultations de prévention/dépistage VIH-Hépatites-IST et tuberculose.
(2) Les entretiens sociaux comprennent les consultations sociales, de Dasem (régularisation pour soins) et celles menées auprès des mineur(e)s non accompagné(e)s.

3. ANALYSES PAR CASO

ACTIVITÉ 2020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
126	0,9	338	0	5	2

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ajaccio		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	20,6	26	35,7	5 083	35,6	5 109
Âge moyen (années)	48,4		33,6		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	2,4	3	8,8	1 249	8,8	1 252
18-29 ans	8,7	11	32,6	4 616	32,4	4 627
30-39 ans	18,3	23	30,4	4 311	30,3	4 334
40-49 ans	19,0	24	15,0	2 119	15,0	2 143
≥ 50 ans	51,6	65	13,3	1 878	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	50,0	63	97,6	13 875	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	81,0	102	10,6	1 503	11,2	1 605
Europe (hors UE)	0,0	0	8,1	1 153	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	0,8	1	43,2	6 143	42,9	6 144
Maghreb	15,9	20	30,3	4 302	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	0,8	1	4,0	564	3,9	565
Asie	0,0	0	2,6	370	2,6	370
Océanie et Amériques	1,6	2	1,2	177	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
France	50,0	63	2,4	347	2,9	410
Roumanie	11,1	14	3,5	502	3,6	516
Pologne	7,9	10	0,2	22	0,2	32
Maroc	6,3	8	6,7	951	6,7	959
Tunisie	6,3	8	4,0	575	4,1	583
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	97,6	80	45,5	4 696	45,9	4 776
Situation irrégulière	2,4	2	54,5	5 636	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	0,0	0	12,0	1 639	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	12,9	4	23,6	3 009	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	6,5	2	25,9	3 311	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	9,7	3	26,0	3 323	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	29,0	9	19,9	2 537	19,9	2 546
≥ 10 ans	41,9	13	4,6	588	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	14,8	4	7,8	793	7,8	797
Hébergé	40,7	11	59,6	6 069	59,5	6 080
Squat ou campement	14,8	4	8,5	870	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	29,6	8	23,1	2 355	23,1	2 363
Autre situation	0,0	0	1,0	99	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	4,2	1	30,1	2 828	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	94,4	51	29,3	2 014	29,9	2 065
Droits non ouverts	5,6	3	70,7	4 850	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 700	11,8	1 863	0	159	1 960

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, Dasem (droit au séjour des étrangers malades), gynécologie, ophtalmologie/opticien, prévention en DSSR, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Bordeaux		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	43,6	741	34,5	4 368	35,6	5 109
Âge moyen (années)	34,7		33,6		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	8,7	147	8,8	1 105	8,8	1 252
18-29 ans	29,6	502	32,7	4 125	32,4	4 627
30-39 ans	28,9	490	30,5	3 844	30,3	4 334
40-49 ans	16,6	282	14,8	1 861	15,0	2 143
≥ 50 ans	16,2	274	13,2	1 669	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	98,3	1 671	97,0	12 267	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	22,4	381	9,7	1 224	11,2	1 605
Europe (hors UE)	18,9	322	6,6	831	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	35,2	599	43,9	5 545	42,9	6 144
Maghreb	19,7	335	31,5	3 987	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	0,9	16	4,3	549	3,9	565
Asie	1,1	19	2,8	351	2,6	370
Océanie et Amériques	1,6	28	1,2	151	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
Bulgarie	14,4	244	0,5	68	2,2	312
Nigeria	11,1	188	3,2	407	4,1	595
Algérie	9,6	163	19,7	2 493	18,5	2 656
Géorgie	8,6	146	0,9	114	1,8	260
Maroc	5,9	100	6,8	859	6,7	959
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	58,7	728	44,1	4 048	45,9	4 776
Situation irrégulière	41,3	512	55,9	5 126	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	19,2	316	10,9	1 323	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	15,9	229	24,5	2 784	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	23,6	340	26,2	2 973	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	32,8	473	25,1	2 853	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	24,1	348	19,4	2 198	19,9	2 546
≥ 10 ans	3,5	51	4,8	550	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	4,9	62	8,2	735	7,8	797
Hébergé	44,4	559	61,7	5 521	59,5	6 080
Squat ou campement	21,4	269	6,8	605	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	28,5	359	22,4	2 004	23,1	2 363
Autre situation	0,7	9	1,0	90	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	23,7	260	30,9	2 569	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	52,4	478	26,4	1 587	29,9	2 065
Droits non ouverts	47,6	434	73,6	4 419	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
761	5,3	597	0	784	300

Consultations spécialisées pratiquées au centre : ophtalmologie/opticien, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Grenoble		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	39,3	299	35,4	4 810	35,6	5 109
Âge moyen (années)	28,5		34,0		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	19,5	148	8,2	1 104	8,8	1 252
18-29 ans	37,1	282	32,1	4 345	32,4	4 627
30-39 ans	23,2	176	30,7	4 158	30,3	4 334
40-49 ans	10,1	77	15,3	2 066	15,0	2 143
≥ 50 ans	10,1	77	13,8	1 866	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	97,8	744	97,1	13 194	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	9,6	73	11,3	1 532	11,2	1 605
Europe (hors UE)	8,0	61	8,0	1 092	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	49,4	376	42,5	5 768	42,9	6 144
Maghreb	28,4	216	30,2	4 106	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	2,6	20	4,0	545	3,9	565
Asie	1,4	11	2,6	359	2,6	370
Océanie et Amériques	0,5	4	1,3	175	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	17,1	130	18,6	2 526	18,5	2 656
Guinée	15,2	116	3,4	462	4,0	578
Nigeria	9,6	73	3,8	522	4,1	595
Tunisie	7,2	55	3,9	528	4,1	583
Angola	5,9	45	0,5	64	0,8	109
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	66,7	432	44,5	4 344	45,9	4 776
Situation irrégulière	33,3	216	55,5	5 422	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	24,3	177	11,2	1 462	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	30,2	208	23,2	2 805	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	24,4	168	26,0	3 145	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	21,9	151	26,2	3 175	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	18,6	128	20,0	2 418	19,9	2 546
≥ 10 ans	4,9	34	4,7	567	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	13,4	83	7,4	714	7,8	797
Hébergé	51,4	318	60,1	5 762	59,5	6 080
Squat ou campement	5,5	34	8,8	840	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	28,8	178	22,8	2 185	23,1	2 363
Autre situation	1,0	6	1,0	93	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	24,0	121	30,4	2 708	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	26,3	125	30,1	1 940	29,9	2 065
Droits non ouverts	73,7	351	69,9	4 502	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
851	5,9	952	0	227	319

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention en DSRR, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Lyon		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	33,6	286	35,7	4 823	35,6	5 109
Âge moyen (années)	30,5		33,9		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	19,1	162	8,1	1 090	8,8	1 252
18-29 ans	32,7	278	32,3	4 349	32,4	4 627
30-39 ans	23,3	198	30,8	4 136	30,3	4 334
40-49 ans	11,9	101	15,2	2 042	15,0	2 143
≥ 50 ans	13,1	111	13,6	1 832	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	95,9	816	97,2	13 122	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	18,4	156	10,7	1 449	11,2	1 605
Europe (hors UE)	11,3	96	7,8	1 057	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	38,8	330	43,1	5 814	42,9	6 144
Maghreb	26,1	222	30,4	4 100	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	3,5	30	4,0	535	3,9	565
Asie	1,3	11	2,7	359	2,6	370
Océanie et Amériques	0,6	5	1,3	174	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	19,4	165	18,5	2 491	18,5	2 656
Roumanie	12,2	104	3,1	412	3,6	516
Guinée	7,8	66	3,8	512	4,0	578
Albanie	7,3	62	2,4	323	2,7	385
Tunisie	4,6	39	4,0	544	4,1	583
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	60,5	485	44,6	4 291	45,9	4 776
Situation irrégulière	39,5	317	55,4	5 321	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	21,9	176	11,3	1 463	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	28,9	228	23,2	2 785	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	29,8	235	25,6	3 078	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	21,4	169	26,3	3 157	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	16,3	129	20,1	2 417	19,9	2 546
≥ 10 ans	3,5	28	4,8	573	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	3,9	31	8,1	766	7,8	797
Hébergé	45,6	367	60,7	5 713	59,5	6 080
Squat ou campement	15,5	125	8,0	749	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	33,7	271	22,2	2 092	23,1	2 363
Autre situation	1,4	11	0,9	88	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	33,4	250	29,7	2 579	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	21,7	122	30,6	1 943	29,9	2 065
Droits non ouverts	78,3	440	69,4	4 413	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 925	13,4	1 526	0	236	2 089

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Marseille		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	26,8	516	37,0	4 593	35,6	5 109
Âge moyen (années)	34,0		33,7		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	8,6	165	8,8	1 087	8,8	1 252
18-29 ans	33,5	645	32,2	3 982	32,4	4 627
30-39 ans	28,4	546	30,6	3 788	30,3	4 334
40-49 ans	15,2	292	15,0	1 851	15,0	2 143
≥ 50 ans	14,3	275	13,5	1 668	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	97,4	1 874	97,1	12 064	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	8,4	162	11,6	1 443	11,2	1 605
Europe (hors UE)	4,3	83	8,6	1 070	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	28,9	557	45,0	5 587	42,9	6 144
Maghreb	55,8	1 074	26,2	3 248	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	2,0	39	4,2	526	3,9	565
Asie	0,2	3	3,0	367	2,6	370
Océanie et Amériques	0,4	7	1,4	172	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	45,4	873	14,4	1 783	18,5	2 656
Comores	13,0	251	0,7	92	2,4	343
Tunisie	5,4	104	3,9	479	4,1	583
Maroc	4,5	86	7,0	873	6,7	959
Nigeria	3,5	67	4,3	528	4,1	595
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	33,7	453	47,7	4 323	45,9	4 776
Situation irrégulière	66,3	893	52,3	4 745	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	5,3	99	12,9	1 540	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	25,5	458	23,2	2 555	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	29,1	522	25,4	2 791	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	23,9	429	26,3	2 897	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	16,4	294	20,5	2 252	19,9	2 546
≥ 10 ans	5,0	90	4,6	511	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	8,7	114	7,7	683	7,8	797
Hébergé	69,1	902	58,1	5 178	59,5	6 080
Squat ou campement	6,0	79	8,9	795	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	15,6	204	24,2	2 159	23,1	2 363
Autre situation	0,5	7	1,0	92	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	34,0	408	29,4	2 421	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	20,2	180	31,3	1 885	29,9	2 065
Droits non ouverts	79,8	713	68,7	4 140	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
997	6,9	771	191	528	787

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, prévention en DSSR, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Montpellier		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	30,5	304	36,0	4 805	35,6	5 109
Âge moyen (années)	34,1		33,7		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	6,7	67	8,9	1 185	8,8	1 252
18-29 ans	35,9	358	32,1	4 269	32,4	4 627
30-39 ans	27,4	273	30,5	4 061	30,3	4 334
40-49 ans	16,2	162	14,9	1 981	15,0	2 143
≥ 50 ans	13,7	137	13,6	1 806	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	96,2	959	97,2	12 979	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	9,7	97	11,3	1 508	11,2	1 605
Europe (hors UE)	10,2	102	7,9	1 051	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	21,3	212	44,5	5 932	42,9	6 144
Maghreb	52,8	526	28,5	3 796	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	4,4	44	3,9	521	3,9	565
Asie	0,7	7	2,7	363	2,6	370
Océanie et Amériques	0,8	8	1,3	171	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
Maroc	26,1	260	5,2	699	6,7	959
Algérie	23,9	238	18,1	2 418	18,5	2 656
Albanie	5,9	59	2,4	326	2,7	385
Guinée	4,0	40	4,0	538	4,0	578
France	3,8	38	2,8	372	2,9	410
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	48,5	294	45,7	4 482	45,9	4 776
Situation irrégulière	51,5	312	54,3	5 326	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	10,5	99	12,0	1 540	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	24,8	228	23,4	2 785	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	23,7	218	26,1	3 095	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	22,4	206	26,3	3 120	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	22,5	207	19,7	2 339	19,9	2 546
≥ 10 ans	6,6	61	4,5	540	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	8,1	45	7,8	752	7,8	797
Hébergé	60,4	335	59,5	5 745	59,5	6 080
Squat ou campement	10,5	58	8,4	816	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	19,5	108	23,3	2 255	23,1	2 363
Autre situation	1,6	9	0,9	90	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	28,6	153	30,1	2 676	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	32,8	142	29,7	1 923	29,9	2 065
Droits non ouverts	67,2	291	70,3	4 562	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2 020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
516	3,6	800	109	11	816

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, prévention en DSSR.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Nancy		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	35,3	182	35,6	4 927	35,6	5 109
Âge moyen (années)	34,6		33,7		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	10,3	53	8,7	1 199	8,8	1 252
18-29 ans	26,8	138	32,6	4 489	32,4	4 627
30-39 ans	32,0	165	30,2	4 169	30,3	4 334
40-49 ans	15,5	80	15,0	2 063	15,0	2 143
≥ 50 ans	15,3	79	13,5	1 864	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	94,2	486	97,3	13 452	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	14,8	76	11,1	1 529	11,2	1 605
Europe (hors UE)	11,1	57	7,9	1 096	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	15,4	79	43,9	6 065	42,9	6 144
Maghreb	54,7	281	29,2	4 041	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	2,9	15	4,0	550	3,9	565
Asie	0,2	1	2,7	369	2,6	370
Océanie et Amériques	1,0	5	1,3	174	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	30,0	155	18,1	2 501	18,5	2 656
Maroc	22,3	115	6,1	844	6,7	959
France	5,8	30	2,7	380	2,9	410
Italie	5,2	27	0,7	95	0,9	122
Albanie	4,8	25	2,6	360	2,7	385
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	55,9	254	45,4	4 522	45,9	4 776
Situation irrégulière	44,1	200	54,6	5 438	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	9,5	46	12,0	1 593	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	21,6	95	23,6	2 918	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	22,0	97	26,0	3 216	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	27,7	122	25,9	3 204	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	24,5	108	19,7	2 438	19,9	2 546
≥ 10 ans	4,1	18	4,7	583	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	20,3	94	7,2	703	7,8	797
Hébergé	67,8	314	59,1	5 766	59,5	6 080
Squat ou campement	0,4	2	8,9	872	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	9,9	46	23,8	2 317	23,1	2 363
Autre situation	1,5	7	0,9	92	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	16,4	71	30,7	2 758	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	35,9	107	29,6	1 958	29,9	2 065
Droits non ouverts	64,1	191	70,4	4 662	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 045	7,3	1 058	134	34	818

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, prévention en DSSR, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Nice		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	48,3	505	34,6	4 604	35,6	5 109
Âge moyen (années)	38,2		33,4		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	5,8	61	9,0	1 191	8,8	1 252
18-29 ans	20,7	216	33,3	4 411	32,4	4 627
30-39 ans	31,2	326	30,2	4 008	30,3	4 334
40-49 ans	21,3	222	14,5	1 921	15,0	2 143
≥ 50 ans	21,0	219	13,0	1 724	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	98,4	1 028	97,0	12 910	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	10,0	104	11,3	1 501	11,2	1 605
Europe (hors UE)	24,2	252	6,8	901	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	24,4	255	44,3	5 889	42,9	6 144
Maghreb	32,2	336	30,0	3 986	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	2,2	23	4,1	542	3,9	565
Asie	5,1	53	2,4	317	2,6	370
Océanie et Amériques	1,9	20	1,2	159	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
Tunisie	18,9	198	2,9	385	4,1	583
Algérie	7,3	76	19,4	2 580	18,5	2 656
Sénégal	5,4	56	2,9	389	3,1	445
Russie - Tchétchénie	5,3	55	0,1	13	0,5	68
Maroc	4,8	50	6,8	909	6,7	959
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	45,3	462	45,9	4 314	45,9	4 776
Situation irrégulière	54,7	557	54,1	5 081	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	21,4	219	11,1	1 420	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	15,9	162	24,2	2 851	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	23,4	238	26,1	3 075	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	21,1	214	26,4	3 112	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	28,4	289	19,2	2 257	19,9	2 546
≥ 10 ans	11,1	113	4,1	488	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	16,4	168	6,8	629	7,8	797
Hébergé	64,0	656	59,0	5 424	59,5	6 080
Squat ou campement	1,3	13	9,4	861	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	18,0	185	23,7	2 178	23,1	2 363
Autre situation	0,3	3	1,0	96	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	11,4	115	32,3	2 714	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	23,2	187	30,7	1 878	29,9	2 065
Droits non ouverts	76,8	620	69,3	4 233	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 980	13,8	2 322	0	107	1 513

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention en DSSR, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Paris		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	37,3	738	35,3	4 371	35,6	5 109
Âge moyen (années)	33,7		33,7		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	3,8	75	9,5	1 177	8,8	1 252
18-29 ans	36,9	721	31,6	3 906	32,4	4 627
30-39 ans	34,0	664	29,7	3 670	30,3	4 334
40-49 ans	14,1	275	15,1	1 868	15,0	2 143
≥ 50 ans	11,2	218	14,0	1 725	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	99,1	1 962	96,8	11 976	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	2,1	42	12,6	1 563	11,2	1 605
Europe (hors UE)	1,0	20	9,2	1 133	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	68,5	1 356	38,7	4 788	42,9	6 144
Maghreb	16,8	332	32,3	3 990	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	6,7	133	3,5	432	3,9	565
Asie	2,6	52	2,6	318	2,6	370
Océanie et Amériques	2,3	45	1,1	134	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
Côte d'Ivoire	24,3	481	9,4	1 168	11,5	1 649
Cameroun	12,1	239	3,3	403	4,5	642
Algérie	11,2	222	19,7	2 434	18,5	2 656
Mali	10,9	215	3,2	393	4,2	608
Sénégal	5,5	108	2,7	337	3,1	445
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	27,5	289	47,9	4 487	45,9	4 776
Situation irrégulière	72,5	761	52,1	4 877	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	5,5	107	13,0	1 532	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	24,8	391	23,4	2 622	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	26,7	420	25,8	2 893	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	28,3	446	25,7	2 880	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	16,7	263	20,3	2 283	19,9	2 546
≥ 10 ans	3,5	55	4,9	546	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	1,9	19	8,4	778	7,8	797
Hébergé	69,8	695	58,4	5 385	59,5	6 080
Squat ou campement	1,8	18	9,3	856	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	25,2	251	22,9	2 112	23,1	2 363
Autre situation	1,3	13	0,9	86	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	41,3	406	28,7	2 423	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	28,2	174	30,0	1 891	29,9	2 065
Droits non ouverts	71,8	442	70,0	4 411	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
234	1,6	355	0	17	0

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention en DSSR, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Pau		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	32,1	75	35,7	5 034	35,6	5 109
Âge moyen (années)	30,8		33,8		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	17,5	41	8,6	1 211	8,8	1 252
18-29 ans	36,3	85	32,3	4 542	32,4	4 627
30-39 ans	22,2	52	30,4	4 282	30,3	4 334
40-49 ans	10,7	25	15,1	2 118	15,0	2 143
≥ 50 ans	13,2	31	13,6	1 912	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	79,5	186	97,4	13 752	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	28,2	66	10,9	1 539	11,2	1 605
Europe (hors UE)	9,4	22	8,0	1 131	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	29,5	69	43,1	6 075	42,9	6 144
Maghreb	15,4	36	30,4	4 286	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	15,0	35	3,8	530	3,9	565
Asie	0,0	0	2,6	370	2,6	370
Océanie et Amériques	2,6	6	1,2	173	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
France	20,5	48	2,6	362	2,9	410
Afghanistan	10,7	25	1,5	218	1,7	243
Maroc	10,3	24	6,6	935	6,7	959
Soudan	6,8	16	0,4	53	0,5	69
Serbie	4,7	11	0,3	42	0,4	53
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	85,8	200	44,9	4 576	45,9	4 776
Situation irrégulière	14,2	33	55,1	5 605	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	40,0	74	11,5	1 565	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	21,3	39	23,6	2 974	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	23,5	43	25,9	3 270	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	30,1	55	25,9	3 271	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	21,3	39	19,9	2 507	19,9	2 546
≥ 10 ans	3,8	7	4,7	594	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	22,6	52	7,5	745	7,8	797
Hébergé	58,3	134	59,6	5 946	59,5	6 080
Squat ou campement	1,3	3	8,7	871	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	17,8	41	23,3	2 322	23,1	2 363
Autre situation	0,0	0	1,0	99	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	9,6	22	30,5	2 807	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	42,8	92	29,4	1 973	29,9	2 065
Droits non ouverts	57,2	123	70,6	4 730	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
551	3,8	490	0	69	18

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention en DSSR.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Rouen		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	26,1	144	36,0	4 965	35,6	5 109
Âge moyen (années)	29,6		33,9		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	17,7	97	8,4	1 155	8,8	1 252
18-29 ans	39,1	214	32,1	4 413	32,4	4 627
30-39 ans	25,9	142	30,5	4 192	30,3	4 334
40-49 ans	8,9	49	15,2	2 094	15,0	2 143
≥ 50 ans	8,4	46	13,8	1 897	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	97,3	536	97,1	13 402	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	6,4	35	11,4	1 570	11,2	1 605
Europe (hors UE)	2,4	13	8,3	1 140	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	31,6	174	43,3	5 970	42,9	6 144
Maghreb	53,2	293	29,2	4 029	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	3,1	17	4,0	548	3,9	565
Asie	1,1	6	2,6	364	2,6	370
Océanie et Amériques	2,4	13	1,2	166	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	35,6	196	17,8	2 460	18,5	2 656
Tunisie	9,3	51	3,9	532	4,1	583
Guinée	9,3	51	3,8	527	4,0	578
Maroc	7,4	41	6,7	918	6,7	959
Nigeria	4,5	25	4,1	570	4,1	595
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	48,8	236	45,7	4 540	45,9	4 776
Situation irrégulière	51,2	248	54,3	5 390	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	6,4	34	12,1	1 605	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	38,7	191	22,9	2 822	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	23,1	114	26,0	3 199	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	21,9	108	26,2	3 218	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	12,8	63	20,2	2 483	19,9	2 546
≥ 10 ans	3,6	18	4,7	583	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	11,0	53	7,6	744	7,8	797
Hébergé	65,8	316	59,2	5 764	59,5	6 080
Squat ou campement	2,7	13	8,8	861	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	20,0	96	23,3	2 267	23,1	2 363
Autre situation	0,4	2	1,0	97	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	28,5	113	30,1	2 716	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	27,0	74	30,0	1 991	29,9	2 065
Droits non ouverts	73,0	200	70,0	4 653	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
2 520	17,6	2 104	0	501	2 247

Consultations spécialisées pratiquées au centre : Dasem (Droit au séjour des étrangers malades), gynécologie, ophtalmologie/opticien, prévention en DSSR, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Saint-Denis		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	35,2	887	35,7	4 222	35,6	5 109
Âge moyen (années)	33,1		33,9		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	5,1	127	9,5	1 125	8,8	1 252
18-29 ans	33,4	840	32,1	3 787	32,4	4 627
30-39 ans	39,2	984	28,4	3 350	30,3	4 334
40-49 ans	14,4	362	15,1	1 781	15,0	2 143
≥ 50 ans	8,0	200	14,8	1 743	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	99,6	2 511	96,6	11 427	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	5,7	143	12,4	1 462	11,2	1 605
Europe (hors UE)	0,5	13	9,6	1 140	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	69,8	1 760	37,1	4 384	42,9	6 144
Maghreb	9,6	241	34,5	4 081	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	6,2	155	3,5	410	3,9	565
Asie	7,4	187	1,5	183	2,6	370
Océanie et Amériques	0,8	21	1,3	158	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
Côte d'Ivoire	36,7	924	6,1	725	11,5	1 649
Mali	11,7	295	2,6	313	4,2	608
Cameroun	7,7	194	3,8	448	4,5	642
Inde	5,7	144	0,3	30	1,2	174
Algérie	5,5	138	21,3	2 518	18,5	2 656
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	20,5	309	50,2	4 467	45,9	4 776
Situation irrégulière	79,5	1 198	49,8	4 440	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	3,2	79	13,8	1 560	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	22,2	531	23,8	2 482	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	26,5	632	25,8	2 681	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	29,7	710	25,1	2 616	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	18,8	450	20,1	2 096	19,9	2 546
≥ 10 ans	2,7	65	5,1	536	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	1,2	18	8,9	779	7,8	797
Hébergé	65,2	976	58,6	5 104	59,5	6 080
Squat ou campement	9,6	144	8,4	730	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	22,9	343	23,2	2 020	23,1	2 363
Autre situation	1,1	17	0,9	82	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	50,4	701	26,5	2 128	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	13,0	94	31,8	1 971	29,9	2 065
Droits non ouverts	87,0	628	68,2	4 225	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
494	3,4	474	0	495	991

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dermatologie, prévention en DSSR, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Strasbourg		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	34,0	168	35,7	4 941	35,6	5 109
Âge moyen (années)	37,8		33,6		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	6,7	33	8,8	1 219	8,8	1 252
18-29 ans	24,7	122	32,6	4 505	32,4	4 627
30-39 ans	28,0	138	30,4	4 196	30,3	4 334
40-49 ans	17,6	87	14,9	2 056	15,0	2 143
≥ 50 ans	22,9	113	13,3	1 830	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	97,0	479	97,1	13 459	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	16,3	80	11,0	1 525	11,2	1 605
Europe (hors UE)	9,6	47	8,0	1 106	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	21,4	105	43,6	6 039	42,9	6 144
Maghreb	49,6	243	29,5	4 079	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	1,2	6	4,0	559	3,9	565
Asie	0,6	3	2,7	367	2,6	370
Océanie et Amériques	1,2	6	1,2	173	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	33,6	166	18,0	2 490	18,5	2 656
Maroc	12,6	62	6,5	897	6,7	959
Cameroun	5,7	28	4,4	614	4,5	642
Roumanie	4,7	23	3,6	493	3,6	516
Géorgie	3,4	17	1,8	243	1,8	260
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	45,0	176	45,9	4 600	45,9	4 776
Situation irrégulière	55,0	215	54,1	5 423	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	7,2	34	12,1	1 605	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	18,7	86	23,7	2 927	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	30,5	140	25,7	3 173	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	21,4	98	26,2	3 228	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	26,6	122	19,6	2 424	19,9	2 546
≥ 10 ans	2,8	13	4,8	588	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	4,1	16	8,0	781	7,8	797
Hébergé	59,4	233	59,5	5 847	59,5	6 080
Squat ou campement	4,1	16	8,7	858	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	30,4	119	22,8	2 244	23,1	2 363
Autre situation	2,0	8	0,9	91	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	40,0	136	29,6	2 693	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	34,5	90	29,7	1 975	29,9	2 065
Droits non ouverts	65,5	171	70,3	4 682	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2020

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
648	4,5	563	0	21	831

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention en DSSR, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Toulouse		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	36,7	238	35,6	4 871	35,6	5 109
Âge moyen (années)	33,7		33,7		33,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	11,3	73	8,6	1 179	8,8	1 252
18-29 ans	33,2	215	32,3	4 412	32,4	4 627
30-39 ans	24,2	157	30,6	4 177	30,3	4 334
40-49 ans	16,2	105	14,9	2 038	15,0	2 143
≥ 50 ans	15,1	98	13,5	1 845	13,6	1 943
Ressortissants étrangers	96,1	623	97,2	13 315	97,1	13 938
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	13,6	88	11,1	1 517	11,2	1 605
Europe (hors UE)	10,0	65	7,9	1 088	8,0	1 153
Afrique subsaharienne	41,8	271	42,9	5 873	42,9	6 144
Maghreb	25,8	167	30,4	4 155	30,1	4 322
Proche et Moyen-Orient	4,8	31	3,9	534	3,9	565
Asie	2,6	17	2,6	353	2,6	370
Océanie et Amériques	1,4	9	1,2	170	1,3	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	18,5	120	18,5	2 536	18,5	2 656
Guinée	10,0	65	3,7	513	4,0	578
Nigeria	8,2	53	4,0	542	4,1	595
Maroc	5,7	37	6,7	922	6,7	959
Côte d'Ivoire	5,1	33	11,8	1 616	11,5	1 649
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	68,5	378	44,6	4 398	45,9	4 776
Situation irrégulière	31,5	174	55,4	5 464	54,1	5 638
Demandeurs d'asile ¹	30,6	179	11,1	1 460	11,9	1 639
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	28,1	163	23,3	2 850	23,5	3 013
[3 mois-12 mois [	24,8	144	25,9	3 169	25,9	3 313
[1 an-3 ans [	24,4	142	26,1	3 184	26,0	3 326
[3 ans-10 ans [	16,7	97	20,0	2 449	19,9	2 546
≥ 10 ans	6,0	35	4,6	566	4,7	601
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,8	38	7,9	759	7,8	797
Hébergé	47,2	264	60,2	5 816	59,5	6 080
Squat ou campement	17,2	96	8,1	778	8,6	874
Sans logement ou hébergement d'urgence	27,5	154	22,9	2 209	23,1	2 363
Autre situation	1,3	7	1,0	92	1,0	99
Besoin d'une domiciliation administrative	13,6	72	31,0	2 757	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	37,7	149	29,4	1 916	29,9	2 065
Droits non ouverts	62,3	246	70,6	4 607	70,1	4 853

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

CE RAPPORT A ÉTÉ RÉALISÉ PAR

La Direction des opérations France de Médecins du Monde et le CREAI-ORS Occitanie.

COORDINATION

Camille Gutton, Anne Tomasino

(Équipe de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de MdM en France)

COMITÉ DE RÉDACTION

Delphine Fanget, Camille Gutton, Orane Lamas, Houda Mérimi

Pour leur contribution écrite

Mosnier E. (Encart « Étude Covid-Homeless : impact de la Covid-19 chez les plus précaires à Marseille ») ; **Onobele C.** (Encart « La formation pour appréhender la maladie (Équipe de MdM à Metz) »).

Pour leur relecture

Irène Aboudaram, Christian Bensimon, Camille Boittiaux, Nadège Drouot, Delphine Fanget, Flore Ganon-Lecomte, Agnès Gillino, Audrey Kartner, Orane Lamas, Houda Mérimi, Stéphanie Nguengang-Wakap, Cristina Thevenot.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des personnes qui ont pris le temps de relire les parties du rapport les concernant.

ANALYSE DES DONNÉES

Cécile Gaboret – Cheffe de projets, service informatique, Médecins du Monde

Adeline Beaumont – Statisticienne, CREAI-ORS Occitanie

Thibaud Bouillie – Informaticien, CREAI-ORS Occitanie

REMERCIEMENTS

Merci à toutes les personnes accueillies dans les programmes de MdM en France qui ont accepté de répondre aux questions et de décrire leur parcours de vie, à toutes les équipes de terrain qui ont participé aux recueils de données ainsi qu'à celle de la Direction des opérations France sans lesquelles ce rapport n'existerait pas.

Nous souhaitons également remercier les partenaires suivants pour leur soutien aux programmes :

ARKEA, AXA BANQUE, BARCHEN, BPE, CACEIS, CAISSE D'ÉPARGNE ÎLE-DE-FRANCE, FONDATION CHANEL, CIC, CITYZEN - FONDATION UP, COMITÉ NORMAND CONTRE LES MALADIES RESPIRATOIRES, CRÉDIT COOPÉRATIF, CRÉDIT MUTUEL BRETAGNE, CRÉDIT MUTUEL DU SUD OUEST, FONDATION CAISSE D'ÉPARGNE RHÔNE-ALPES, FONDATION D'ENTREPRISE MICHELIN, FONDATION D'ENTREPRISE SODEBO, FONDATION D'ENTREPRISE VEOLIA, FONDATION GROUPE EDF, FONDATION L'ABBÉ PIERRE, FONDATION NEHS, FONDS INKERMANN, FORTUNEO, HARMONIE MUTUELLE, IVOIRE, JM BRUNEAU, KR GESTION, LILO, MATMUT, NATRA, OPEN SOCIETY, OUEST FRANCE SOLIDARITE, PARIS FONCIERE, RAJA, SIDACTION, SINGULART, SOMFY - LES PETITES PIERRES, STRASS, TETRAPAK TETRALAVAL, TOLKIEN TRUST, TOULOUSE FOOTBALL CLUB, UK ONLINE GIVING FOUNDATION.

AVEC LE SOUTIEN

de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

ISSN : 1776-2510

Dépôt légal : septembre 2021



LA SANTÉ
AVANT TOUT

MÉDECINS DU MONDE :

Direction des Opérations France – Observatoire de l'accès aux droits et aux soins
62 rue Marcadet – 75018 Paris
Tél : 01 44 92 99 92
d-o-f@medecinsdumonde.net
www.medecinsdumonde.org

Conception graphique : CommeQuoi ?
www.comme-quoi.fr

Coordination et relecture

Thomas Flamerion
Pauline De Smet

Photo de couverture : © Patrick Piro

Impression : Le Révérend Imprimeur
www.lereverend.com

EN COLLABORATION AVEC
