MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO Γιατροί του Κόσμου DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO Γιατροί του Κόσμου DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO Γιατροί του Κόσμου DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO Γιατροί του Κόσμου DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOC

Belgium | France | Germany | Greece | Netherlands | Portugal | Spain | Sweden | Switzerland | United Kingdom

ACCÈS AUX SOINS DES POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES DANS L'UNION EUROPÉENNE EN 2012

Un aperçu de la situation des personnes exclues des systèmes de soins dans l'UE

Unité dentaire mobile en Grèce

© MdM Grèce

INTRODUCTION

> Médecins du monde (MdM) en Europe

Médecins du monde agit en Europe depuis 1986. Au total, nous menons plus de 180 programmes de santé en Allemagne, Belgique, Bulgarie, Espagne, France, Grèce, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède et Suisse. Notre objectif est de soutenir les personnes qui ne peuvent pas accéder aux soins sans assistance préalable. Nous leur procurons des soins médicaux et les informations dont elles ont besoin. Nous cherchons également à accroître la connaissance et à faire prendre conscience de la situation dans laquelle se trouvent les populations ayant des difficultés dans l'accès aux soins, grâce à des descriptions précises et à la publication de rapports.

MdM utilise comme base pour son travail de plaidoyer les données qui sont recueillies systématiquement sur les déterminants sociaux de la santé comme sur l'état de santé des patients. Le travail de terrain et les données reccueillies servent de fondement au travail que nous menons avec les professionnels et les institutions de santé, pour susciter des changements positifs et durables au niveau des législations et des pratiques.

Depuis 2004, Médecins du monde a étendu son plaidoyer au niveau de l'Union européenne et du Conseil de l'Europe. Nous avons mené deux enquêtes [1] sur l'accès aux soins des étrangers sans papiers, conduites à partir d'entretiens individuels effectués auprès des patients qui fréquentent nos programmes de soins pour des consultations sociomédicales. Entre 2004 et 2008, lors des discussions sur la «directive retour», nous avons organisé une campagne de plaidoyer pour la protection des étrangers gravement malades qui n'ont pas d'accès effectif aux soins dans leur pays d'origine.

En 2009, nous avons également créé le réseau Huma et publié deux rapports ; l'un portant sur les législations relatives à l'accès aux soins dans 11 États membres de l'UE, et le second sur l'accès aux soins à Chypre, à Malte, en Pologne et en Roumanie, à partir d'entretiens individuels auprès d'étrangers sans papiers et de demandeurs d'asile. Nous avons aussi rédigé et largement diffusé une pétition auprès de professionnels de santé européens, qui a été signée par 147 organismes de professionnels de santé [2] et soumise au Parlement européen. Dans cette pétition, les professionnels de santé réaffirment leur attachement au principe du droit aux soins de santé appropriés pour tous, sans discrimination aucune.

> Nos objectifs

Médecins du monde mène un projet de plaidoyer pour la promotion de la santé à l'échelle européenne, visant l'application d'un droit humain fondamental : celui de jouir du meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint.

Nos objectifs sont les suivants :

- garantir que toute personne vivant dans l'Union européenne bénéficie du même accès à la prise en charge des soins de santé, plus particulièrement les couches de la population les plus vulnérables. Cela implique un accès effectif à la prévention, au diagnostic et aux soins appropriés ;
- faire évoluer les politiques de l'Union européenne relatives à la rougeole, au VIH, aux hépatites et à la tuberculose, toutes relevant du mandat de l'UE, afin de garantir un accès à la prévention et aux traitements ;
- assurer des soins et une protection contre l'expulsion des étrangers sans papiers gravement malades au sein de l'UE. En effet, le renvoi dans leur pays d'origine, alors même qu'ils ne pourront pas accéder à des soins appropriés, entraîne de graves détériorations de leur état de santé, voire la mort dans certains cas.

> La situation actuelle

En 2012, les conséquences de la crise économique sur la santé et les problématiques liées à la santé sont clairement visibles au sein de l'UE. En Grèce, l'accès aux hôpitaux est désormais réservé aux personnes en mesure de payer [3] pour chaque acte médical. Plus que jamais, l'Union européenne doit garantir une prise en charge complète des soins de santé aux personnes qui sont déjà confrontées à de nombreux facteurs de vulnérabilité. La mise en place de mesures d'exclusion visant les étrangers sans papiers, les Roms, les usagers de drogues, les sans-abri, et les travailleur(se)s du sexe ne fait qu'augmenter le risque d'une détérioration de leur état de santé. Au sein de l'Union européenne, les barrières financières aux soins, les actes de discrimination et les harcèlements récurrents des forces de l'ordre, conjugués à la peur d'être livré aux autorités et expulsé par la suite, ont pour résultat l'augmentation du nombre de personnes craignant de consulter un médecin. Par conséquent, elles n'obtiennent aucun soin de santé primaire, n'ont aucun accès aux programmes de prévention, ni aux traitements pour des maladies chroniques ; ce constat prévaut pour les enfants, les femmes enceintes et les adultes en général.

L'accès aux soins pour les ressortissants pauvres de l'UE, vivant dans un pays de l'UE autre que le leur, est devenu un véritable cauchemar administratif. Dans la plupart des cas, ils n'obtiennent pas de couverture maladie et doivent s'acquitter de 100 % des frais médicaux. Ils n'ont d'autre choix que d'espérer un hypothétique remboursement de la part du régime de sécurité sociale de leur pays d'origine – à condition qu'ils trouvent les bons formulaires et fournissent tous les documents requis. Les ressortissants non européens jouissant d'une couverture maladie d'un pays membre de l'UE qui cherchent à se faire soigner dans un autre pays de l'UE (par exemple, une femme marocaine rattachée au régime de sécurité sociale espagnol et habitant en France) sont confrontés aux mêmes difficultés. Toutes ces barrières retardent l'accès aux soins en entraînant un accroissement des coûts humains et financiers.

[1] Chauvin P, Drouot N, Parizot I, Simonnot N, Tomasino A, rapport 2007 et rapport 2009 de l'Observatoire européen de l'accès aux soins, MdM, www.mdm-international.org.
[2] Déclaration européenne des professionnels de santé pour un accès aux soins sans discrimination, www.huma-network.org.
[3] L'une des premières mesures d'austérité introduites en 2011 a été l'obligation de s'acquitter de frais immédiats de 5 euros pour chaque consultation médicale et encore davantage pour d'autres actes médicaux pratiqués dans un hôpital ou un centre de santé.

De nombreux gouvernements confrontés à la crise ont pratiqué des coupes budgétaires au niveau des dépenses sociales et de santé, alors que le nombre de personnes nécessitant une assistance et une protection sociale est plus élevé qu'avant la crise. À long terme, de telles restrictions budgétaires se révèlent contre-productives. Cela a été souligné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans les recommandations de la charte de Tallinn, qui rappelle que la santé représente un facteur clé du développement économique et de la prospérité[4] :

« […] Au-delà de sa valeur intrinsèque, l'amélioration de la santé contribue au bien-être social par ses effets sur le développement économique, la compétitivité et la productivité. Des systèmes de santé hautement performants contribuent au développement économique et à la prospérité. […] Nous, les États membres, nous engageons à promouvoir les valeurs partagées de solidarité, d'équité et de participation dans les politiques de la santé, dans l'affectation des moyens et dans d'autres actions, en veillant à ce que les besoins des populations pauvres et d'autres groupes vulnérables reçoivent l'attention nécessaire […]. »

De plus, la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, lors de la Conférence de l'OMS en 2011[5], stipule clairement :

*« Nous considérons que l'équité en santé est une responsabilité partagée qui exige l'engagement de tous les secteurs des pouvoirs publics, de toutes les couches de la société et de tous les membres de la communauté internationale pour une action mondiale de **"tous pour l'équité"** et en faveur de la **"santé pour tous"**. »*

Le Parlement européen reconnaît que les soins de santé ne sont pas accessibles à tous. Dans sa résolution datée du 8 mars 2011[6], il stipule clairement que :

« […] l'accès équitable aux soins n'est pas garanti, non seulement dans la pratique mais aussi en droit, pour les étrangers sans papiers dans de nombreux pays membres de l'UE. […] Le Parlement européen invite les États membres à veiller à ce que les groupes les plus vulnérables, notamment les migrants sans papiers, puissent bénéficier – et bénéficient réellement – d'un accès équitable aux soins de santé. »

De la même façon, l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) insiste également sur le fait que :

« Au moment où les États membres de l'UE, confrontés à une population vieillissante et aux répercussions d'une crise économique mondiale, s'efforcent de limiter les dépenses de santé publique, le droit à la santé pour tous – indépendamment du statut administratif – doit demeurer une préoccupation principale[7]. »

> Contenu du présent document

Le présent document synthétise les **principaux résultats** dégagés du **recueil quotidien de données** dans nos centres d'**accès aux soins d'Amsterdam, de Bruxelles, Londres, Munich** et **Nice** en 2011.

Nous présentons également **nos principales préoccupations : le manque d'accès aux soins prénataux, à la vaccination et aux soins de santé primaires,** toutes étayées par des entretiens sociomédicaux avec des patients dans les 11 pays membres de l'UE où nous travaillons.

Nous dépeignons également la situation : **des ressortissants pauvres de l'UE vivant dans leur propre pays ; des ressortissants pauvres de l'UE vivant dans un pays de l'UE autre que le leur ; des étrangers sans papiers gravement malades qui n'ont pas accès aux soins de santé dans leur pays d'origine ; des migrants en Grèce,** plus particulièrement dans les villes de Patras et d'Igoumenitsa, auprès desquels nous avons collecté des données pendant quatre mois, **et des demandeurs d'asile confrontés aux conséquences du Règlement Dublin II[8].**

> Chiffres clés

En 2011 :

- **34 % des patients vus dans les centres de MdM jugent leur état de santé mauvais ou très mauvais, malgré l'âge moyen, qui est de 35 ans ;**
- **46,2 % des patients pour lesquels des soins sont nécessaires n'ont reçu aucun soin ;**
- **Seuls 13,7 % des patients présentant une pathologie nécessitant un traitement sont des étrangers qui connaissaient leur maladie avant d'entrer dans l'UE ;**
- **15 % des patients vus dans les centres de MdM à Amsterdam, Bruxelles, Londres, Munich et Nice sont des ressortissants européens (ce chiffre atteint cependant 57,9 % à Munich) ;**
- **79 % des femmes enceintes interrogées sur leurs soins prénataux répondent qu'elles n'en reçoivent pas ;**
- **plus de 70 % des violences subies par les patients migrants en Grèce se sont produites après leur arrivée en Grèce.**

[4] Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, juin 2008, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88604/E91439.pdf.

[5] Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, octobre 2011, www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf.

[6] Résolution du Parlement européen du 8 mars 2011 sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne, www.europarl.europa.eu.
Dans cette résolution, le Parlement européen souligne que, *« […] les inégalités de santé sont la conséquence non seulement de multiples facteurs économiques, environnementaux et de modes de vie, mais aussi des difficultés d'accès aux soins de santé […] » ; de plus, « […] considérant que, dans plusieurs États membres de l'Union, l'accès équitable aux services de santé n'est pas garanti pour tous, en pratique ou dans la loi, pour les personnes sans autorisation de séjour, le Parlement européen invite les États membre […] à veiller à ce que les groupes les plus vulnérables, notamment les migrants sans papiers, puissent bénéficier – et bénéficient réellement – d'un accès équitable aux soins de santé ; […] à garantir que toutes les femmes enceintes et tous les enfants, indépendamment de leur statut, aient droit à la protection sociale et en bénéficient effectivement, tel que défini dans leur législation nationale ».*

[7] La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000 stipule clairement dans son article 35 relatif aux soins de santé que *« toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».* Voir aussi www.fra.europa.eu.

[8] Règlement du Conseil du 18 février 2003 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande d'asile présentée dans l'un des États membres par un ressortissant d'un pays tiers, www.europa.eu.

RAPPORT 2011[9] SUR DES DONNÉES PROVENANT DE CINQ VILLES EN EUROPE : Amsterdam, Bruxelles, Londres, Munich et Nice.

> Contexte

En 2006 et 2008, l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde[10] a mené deux enquêtes[11,12] qui analysaient spécifiquement la situation des étrangers sans autorisation de séjour en Europe. Les enquêtes menées en 2006 et 2008 étaient basées sur des échantillons de patients de MdM dans différents pays européens.

Dans le présent document, l'Observatoire présente des données sur les conditions de vie de tous les patients, y compris les étrangers sans papiers, vus en 2011 dans les centres de MdM d'accès gratuit aux soins dans cinq villes : **Amsterdam, Bruxelles, Londres, Munich et Nice.** L'enquête actuelle se fonde sur des informations relatives aux déterminants sociaux et aux données de santé collectées quotidiennement dans nos centres d'accès aux soins. L'objectif général de ce rapport est de quantifier et de qualifier l'expérience sociale et sanitaire des populations les plus vulnérables, les plus mal servies par les systèmes de santé nationaux, vues dans les centres de ces cinq villes. Nous espérons que ce témoignage quantitatif suscitera des changements au niveau des systèmes de santé pour mieux intégrer les principes d'accès et d'équité.

Répartition des patients par site

	N	%
BE	149	3
DE	425	9
FR	2 712	56
NL	103	2
UK	1 449	30
Total	4 838	100

BE (Belgique) = Bruxelles, DE (Allemagne) = Munich, FR (France) = Nice, NL (Pays-Bas) = Amsterdam, UK (Royaume-Uni) = Londres [13]

> Statistiques

En raison de différences importantes dans la taille des populations fréquentant les cinq centres d'accès aux soins et dans les ratios de valeurs manquantes (d'un centre à l'autre et d'une question à l'autre), nous avons choisi de calculer quatre estimations pour chaque chiffre global (dans la plupart des cas, une proportion ou un ratio) : CAP (proportion moyenne brute) ; WAP (proportion moyenne pondérée) ; MVCAP (valeurs manquantes – proportion moyenne corrigée) ; MVWAP (proportion moyenne – corrigée par le taux de valeurs manquantes).

> Données démographiques

La majorité des patients sont des hommes (56 %), à l'exception de Nice [14] et de Munich, où les femmes représentent respectivement 57,5 % et 53,9 % des patients. **L'âge moyen des patients est de 35,4 ans.** La fourchette d'âge va de 0 à 88 ans. Les tranches d'âge sont similaires entre les centres. Une faible proportion de patients interrogés a moins de 18 ans (CAP 9,3 %). Ce chiffre est plus élevé à Munich [15] (18,8 %), plus faible à Bruxelles (3,4 %), et comparable à la moyenne dans les autres centres.

Comme c'est habituellement le cas dans les programmes du réseau européen de MdM, la nationalité des patients varie sensiblement selon les pays de l'enquête. Ces différences peuvent en partie s'expliquer par les liens historiques qui continuent d'exister entre certains pays européens et leurs anciennes colonies.

Cinq premiers pays d'origine* (nationalité du patient) par centre

BE
MAROC (56)
ALGÉRIE (26)
CAMEROUN (10)
DRC (8)
GUINÉE (4)

DE
BULGARIE (159)
ROUMANIE (43)
ALLEMAGNE (40)
ÉTHIOPIE (19)
AFGHANISTAN (12)

FR
TUNISIE (530)
ALGÉRIE (213)
CAP VERT (201)
MAROC (197)
ROUMANIE (185)

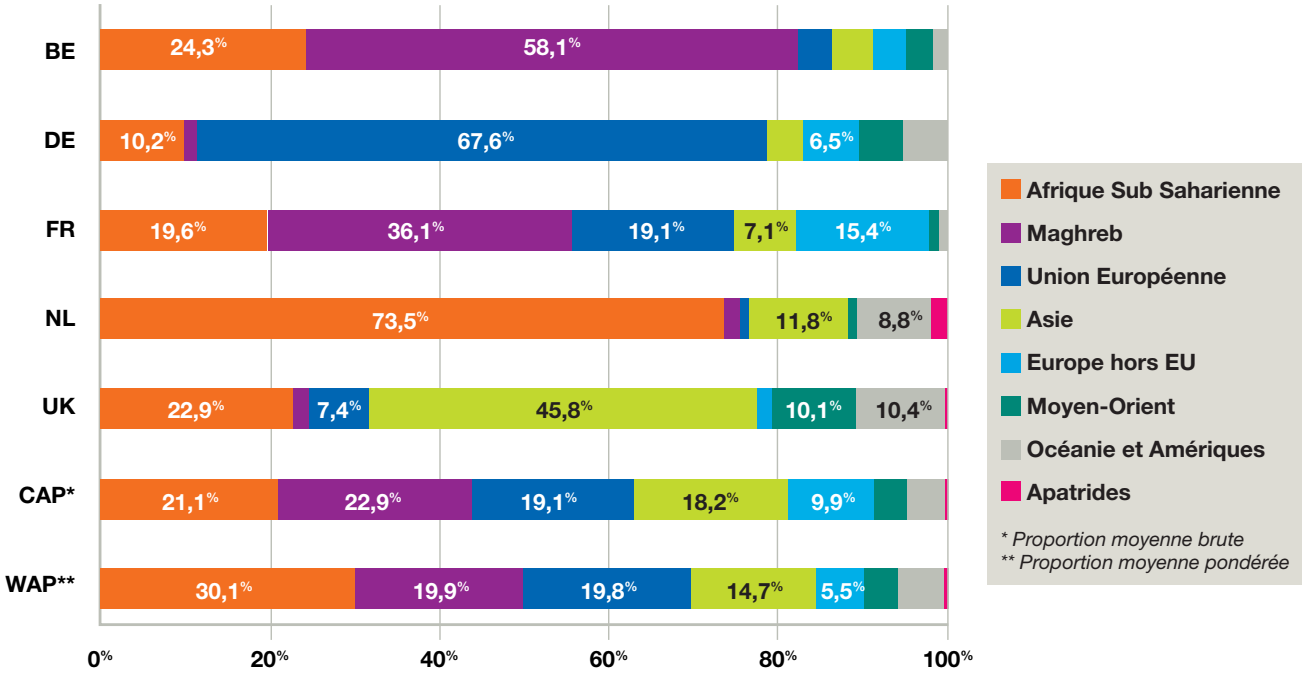
NL
NIGERIA (33)
GHANA (28)
SURINAME (4)
INDONÉSIE (4)
ÉTHIOPIE (3)
PHILIPPINES (3)

UK
BANGLADESH (185)
INDE (176)
CHINE (104)
OUGANDA (96)
BRÉSIL (84)

* Le nombre de patients par nationalité est indiqué entre parenthèses

[9] L'intégralité du rapport est disponible sur demande.
[10] L'Observatoire européen est devenu Observatoire international en 2011.
[11] Chauvin P, Parizot I, Drouot N, Simonnot N, Tomasino A, « Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour », Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde, Paris, 2007, 100 p.
[12] Chauvin P, Parizot I, Simonnot N, « L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe », Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde, Paris, 2009, 154 p, www.mdm-international.org.
[13] Ces abréviations seront utilisées tout au long du rapport.
[14] En France, Nice est l'un des 20 centres gratuits d'accueil, de soins et d'orientation de MdM qui ont chacun leurs particularités quant à la population accueillie. Lire : www.medecinsdumonde.org/En-France/Observatoire-de-l-acces-aux-soins.
[15] À Munich, une consultation spéciale a été ouverte pour les enfants.

Région d'origine des patients, répartition par site



Pour tous les sites, la catégorie de patients la moins représentée est celles des ressortissants [16] du pays où sont situés les centres. À Bruxelles, seuls 0,7 % des patients sont des ressortissants belges, à Londres 0,4 % des patients sont des ressortissants du Royaume-Uni. À Nice, les Français représentent une plus grande proportion de patients vus (4,4 %), et ce chiffre est beaucoup plus élevé à Munich (9,7 %). Aucun des patients à Amsterdam n'est néerlandais [17].

La moitié des consultations (CAP 54 %) nécessitent la présence **d'un interprète ;** c'est au Royaume-Uni que ce pourcentage est le plus élevé [18]. Dans la plupart des cas, un interprète est présent. Cependant, 14,3 % des consultations nécessitant un interprète ont lieu sans. Le nombre élevé de consultations nécessitant un interprète souligne combien la langue peut être un obstacle à un accès approprié aux soins et aux services sociaux.

> Statut administratif

13,88 % des patients sont des ressortissants de l'UE. Plus de la moitié des ressortissants de l'UE qui se présentent dans les centres de MdM n'ont pas d'autorisation de séjour dans le pays d'accueil. Un quart des ressortissants de l'UE vus dans les centres de MdM sont présents dans le pays depuis moins de trois mois et un autre quart (moins de 3 % de la population totale des patients) sont des résidents en situation régulière et de longue date, qui jouissent des mêmes droits que les ressortissants du pays d'accueil. Le centre de MdM de Munich a, de loin, le pourcentage le plus élevé de patients ressortissants de l'UE (17 % des patients sont des ressortissants européens présents en Allemagne depuis moins de trois mois et 35 % sont des ressortissants européens sans autorisation de séjour).

Près des deux tiers (WAP 66 %) des patients n'ont pas d'autorisation de séjour dans le pays d'accueil :

- plus de la moitié des patients (WAP 57 %) sont des étrangers sans papiers de pays non européens. La proportion dépasse les trois quarts à Bruxelles (78 %) et à Amsterdam (80 %) [19], et est beaucoup plus faible à Munich (voir ci-dessus). À Nice et à Londres, le nombre d'étrangers sans papiers est similaire (respectivement 58 % et 57 %) ;
- 9 % sont des ressortissants de l'UE qui ont perdu leur autorisation de séjour faute de ressources financières suffisantes ou d'assurance maladie. Ce chiffre est plus élevé à Munich, où 35 % des patients se trouvent dans cette situation.

Nous pouvons conclure qu'une proportion moyenne brute de 19,5 % [20] des sujets (et un quart de la population totale lorsque nous appliquons l'hypothèse que les valeurs manquantes concernent aussi des résidents avec droit de séjour) sont des personnes qui disposent d'une autorisation de séjour de longue durée dans le pays d'accueil.

[16] Personne dotée de la citoyenneté du pays du site.
[17] Le projet d'Amsterdam vise en priorité les migrants sans papiers non européens.
[18] Le nombre de valeurs manquantes est particulièrement élevé à Londres. Comme nous l'a expliqué l'équipe, la plupart d'entre elles concernent des personnes n'ayant pas besoin d'un interprète, le nombre de personnes nécessitant donc un interprète s'approcherait plutôt de 33 %.
[19] Le centre d'accès aux soins de MdM à Amsterdam cible spécifiquement les personnes sans papiers. Les demandeurs d'asile (10 %) auraient dû être répertoriés dans la catégorie des sans-papiers puisqu'ils étaient en situation de procédure supplémentaire. Mais le centre a aussi vu d'autres situations (trois patients avec un permis de résidence valide, trois avec un visa touriste ou de courte durée, etc… représentant 10 % de patients dans l'ensemble).
[20] Avec une proportion pondérée un peu plus faible (13 % des patients et environ 17 % de la population totale, calculée en appliquant l'hypothèse sur les valeurs manquantes).

Parmi les étrangers non communautaires, les demandeurs d'asile représentent le deuxième sous-groupe le plus important, 10 % (WAP) des patients et 13 % (CAP) du total de la population non européenne. Le nombre de demandeurs d'asile est particulièrement élevé à Londres (14,9 %, IC[21] 95 % [13.2-16.9]), une importante mégalopole européenne, et à Nice. Depuis 2009, la France est devenue le deuxième pays d'accueil choisi par les demandeurs d'asile (après les États-Unis) parmi les pays industrialisés[22].

À la question : « Avez-vous déjà effectué une demande d'asile, ou comptez-vous effectuer une demande d'asile ? », 22,8 % (MVWAP) des personnes répondent oui. Les proportions les plus élevées – et de beaucoup – de demandeurs d'asile sont enregistrées à Londres (49 %) et à Munich (41 %). La moitié des patients ayant répondu oui (WAP 48 %) ont déjà fait une demande d'asile et sont en attente de réponse, 26 % ont vu leur demande déboutée, 19 % n'ont pas encore fait la demande, 4 % tombent sous le coup du Règlement Dublin II – système Eurodac[23] –, et seulement 3 % ont obtenu le statut de réfugié.

Enfin, les patients possédant un visa touriste ou de courte durée représentent environ 4 % de la population totale des patients étudiés. À Londres, ce chiffre atteint 8 % ; toutes les autres situations administratives sont assez exceptionnelles, avec des chiffres très bas.

> Conditions de logement

Les conditions de logement sont particulièrement précaires pour la population étudiée. Le logement pour **la moitié de la population (50,8 %) est de nature temporaire ou instable.** Cette proportion particulièrement élevée met en avant les niveaux de vulnérabilité sociale spécifique à la population qui fréquente nos centres.

La grande majorité des patients habite dans des appartements ou des maisons, mais 13 % d'entre eux sont SDF (dans la rue ou dans des foyers d'urgence ou de courte durée), alors que 5 % sont logés dans des logements à moyen terme (foyers d'hébergement, hôtels, etc.), 2,5 % dans des squats (jusqu'à 7 % à Amsterdam), et quelques-uns sur leur lieu de travail (0,6 %) ou dans des camps (0,4 %). À Munich, Amsterdam et Londres, où cette question spécifique a été posée, **17 % à 40 % des patients signalent que leurs conditions de logement affectent leur propre santé et/ou celle de leurs enfants.**

> Soutien moral

Nous avons demandé aux patients à Munich, Amsterdam et Londres de décrire de façon générale le type de soutien (moral et matériel) qu'ils peuvent potentiellement recevoir. À Munich, la question ne concernait que le soutien moral, comme le recommande l'Observatoire international de MdM. 21 % (MVWAP) affirment pouvoir très souvent compter sur quelqu'un, 33 % souvent, 30 % occasionnellement, cependant, **16 % déclarent n'avoir absolument aucun soutien.** En 2008, une proportion similaire (17 %) des sans-papiers interrogés par MdM dans onze pays européens était dans la même situation.

> Travail et revenu

Entre un quart et un tiers des patients ont un travail. À Amsterdam et à Londres, seul un nombre restreint de personnes déclarent avoir un revenu suffisant pour répondre à leurs besoins quotidiens de base (cette question n'a été posée que dans ces deux villes). De façon générale, les patients vus dans les centres de MdM se trouvent bien en deçà des seuils de pauvreté.

> Violence

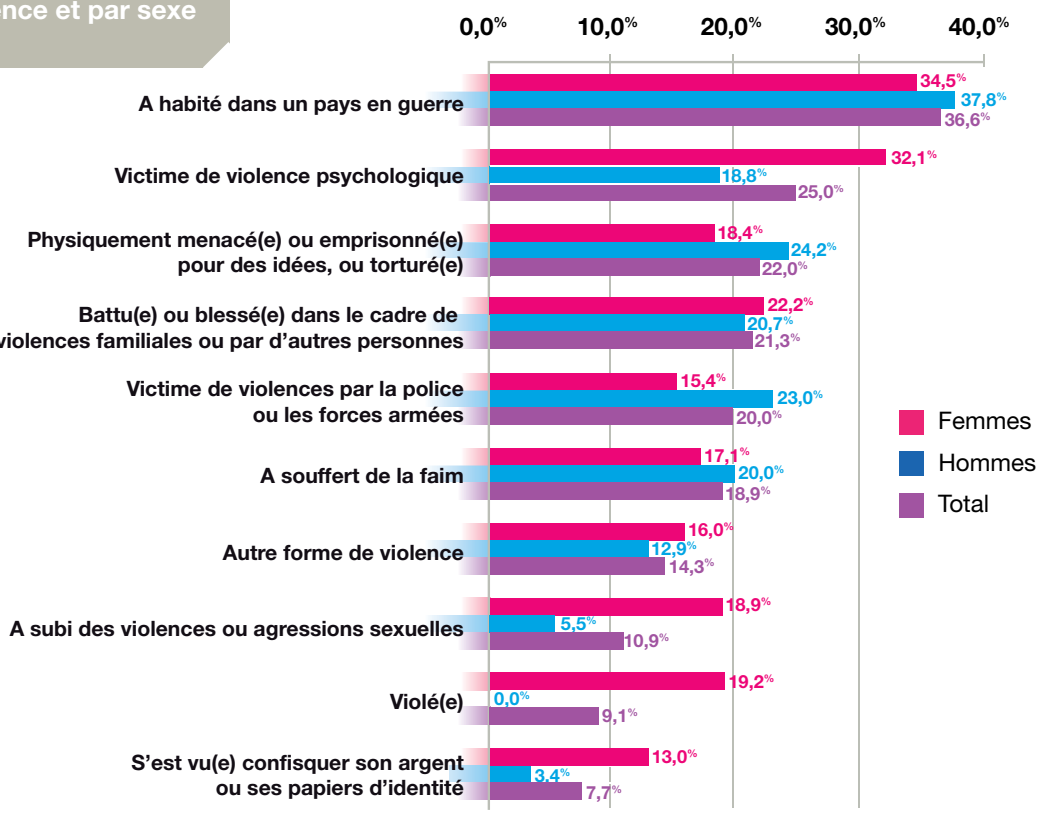
Les questions relatives à la violence n'ont été posées ni à Londres ni à Bruxelles. Dans les autres centres, le taux de réponses aux questions relatives à la violence est faible et la question n'est pas toujours directement abordée durant les visites médicales. Cependant, lorsque le sujet des violences a été abordé, cela a permis aux patients de nous parler de leurs expériences personnelles. Les actes de violence sont fréquents, particulièrement envers les étrangers, et peuvent avoir des conséquences physiques et psychologiques sur la santé des patients. En effet, parmi les patients interrogés sur les différentes formes de violence, **10 % à 40 % ont déjà subi des violences, sous une forme ou sous une autre.**

Parmi les patients interrogés, **plus d'un tiers des hommes et des femmes ont vécu dans un pays en guerre, et un patient sur cinq a été menacé physiquement, emprisonné, ou torturé à cause de ses idées.** Certaines formes de violence sont plus souvent signalées par les femmes : la violence psychologique (32 % des femmes interrogées), les agressions sexuelles (19 %) et le viol (19 %), ou encore la confiscation d'argent ou des papiers d'identité (13 %).

Certaines formes de violence peuvent exiger une attention toute particulière ; les patients, et en particulier les immigrés récents qui voyagent dans des conditions difficiles, ont besoin que leur soit offerte de façon systématique la possibilité de parler des épisodes de violence qu'ils ont connus. Ce devrait être le cas pour tous les réfugiés ou demandeurs d'asile[24, 25].

[21] IC = intervalle de confiance.
[22] « Niveaux et tendances en matière d'asile dans les pays industrialisés 2010 », UNHCR, Division de l'appui et de la gestion des programmes, Genève, 2011, 40 p.
[23] Pour les commentaires du HCR sur le Règlement Dublin II et le système Eurodac, consulter : www.soderkoping.org.ua/page23538.html et www.unhcr.org/refworld/docid/49c0ca922.html.
[24] Toar M, O'Brien KK, Fahey T, « Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study », BMC Public Health 2009, 9: 214.
[25] Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M, « Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis », Jama, 2009, 302: 537-49.

Prévalence de la violence par forme de violence et par sexe (N = 145)



> Raisons de la migration

Les raisons de la migration ont été demandées aux étrangers rencontrés à Amsterdam, Londres et Munich. 41 % des patients évoquent des raisons économiques (pour gagner leur vie, aucune perspective ni possibilité de gagner sa vie au pays…). Puis viennent les motifs liés aux droits humains : pour des raisons politiques, ethniques, d'orientation sexuelle, cités par 16 % des personnes. Il faut noter que seuls 4,7 % des répondants citent la santé comme faisant partie des raisons de leur migration. Une fois de plus, ces résultats illustrent combien les déclarations politiques sur l'attraction des systèmes de santé européens ne sont pas confirmées dans la réalité.

ACCÈS AUX SOINS

> Couverture financière des soins

Une évaluation des conditions de vie, des besoins et des droits de chaque patient est systématiquement effectuée lors de la première visite dans un centre. Ces évaluations nous ont permis de détecter des différences marquées au sein des populations de patients, qui peuvent être liées aux différents systèmes de santé de chaque pays [26].

- En Belgique et en France, une grande majorité de patients (respectivement 94 % et 83 %) ne possèdent pas de couverture maladie [27] le jour où ils se rendent dans les centres d'accès aux soins de MdM à Bruxelles et à Nice. À Nice, 16 % des patients sont partiellement (8 %) ou entièrement (8 %) couverts par le système national d'assurance maladie, mais se rendent dans les centres d'accès aux soins de MdM car ils n'ont pas les moyens d'assumer le reste à charge et/ou n'ont pas encore droit à la couverture maladie universelle complémentaire garantissant une prise en charge à 100 % aux personnes pauvres. Cette situation est également attribuable à la complexité du système d'assurance maladie en France. Certains patients méconnaissent leurs droits ou se sont vu refuser des soins malgré le fait qu'ils y avaient droit.
- À Munich, dans la majorité des cas (68 % des patients), les patients n'ont accès qu'aux soins d'urgence dans les hôpitaux. Au centre de Munich, qui a le taux le plus élevé de ressortissants européens [28] parmi ses patients, 8 % des patients sont couverts par une assurance maladie en Allemagne ou par l'assurance maladie de leur pays d'origine.
- Aux Pays-Bas, les étrangers sans papiers n'ont pas droit à l'assurance maladie nationale ; cependant, les prestataires de services de santé peuvent récupérer la plus grande partie des coûts engendrés par des soins de santé dispensés aux sans-papiers extra-européens, par le biais d'un fonds gouvernemental créé à cet effet. À Londres, 73 % des patients ne sont pas inscrits auprès d'un médecin généraliste, bien que, dans le contexte du Service de santé national britannique (NHS), ils en aient le droit (les consultations de soins primaires sont gratuites alors que toutes les autres formes de soins et les médicaments ne sont pas intégralement couverts). 27 % des patients sont inscrits auprès du NHS et sont entièrement couverts. C'est le cas des migrants avec autorisation de séjour et des demandeurs d'asile.

[26] Collantes S, « Accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour et des demandeurs d'asile dans 10 pays européens. Législation et pratique », Réseau Huma, Médecins du monde, Paris, 2009, 192 p.
[27] Les personnes qui viennent dans nos centres à Bruxelles et Nice, et ont une assurance, sont la plupart du temps redirigées vers le système de santé de droit commun.
[28] Ces ressortissants européens à Munich ont un accès très limité à l'assurance publique ou aux mutuelles (ils n'en ont pas les moyens) et, de ce fait, aux soins de santé.

Nombre et pourcentage de personnes bénéficiant d'une couverture financière des soins de santé*

	BE	DE	FR	NL[29]	UK[30]	CAP**	WAP***
MV=	8 (5,37)	30 (7,06)	133 (4,90)	0 (0,00)	110 (7,59)		
Aucune prise en charge, le patient assume tous les frais	133 (94,33)	45 (11,39)	2142 (83,06)	3 (2,91)	1 (0,07)	51,00	38,35
Accès uniquement aux urgences	2 (1,42)	269 (68,10)				5,95	13,90
Prise en charge pour une partie des frais seulement		18 (4,56)	202 (7,83)	83 (80,58)		6,65	18,59
Accès au médecin généraliste mais le patient doit assumer une partie des frais				12 (11,65)	1 (0,07)	0,29	2,35
Accès gratuit à un médecin généraliste					977 (72.96)	21.44	14.59
Prise en charge intégrale, le patient ne doit rien payer	5 (3,55)	31 (7,85)	204 (7,91)	1 (0,97)	355 (26,51)	13,08	9,36
Couverture d'assurance maladie dans un autre pays européen	1 (0,71)	32 (8,10)	31 (1,20)	4 (3,88)		1,49	2,78

* Pour des raisons de lisibilité, les valeurs nulles apparaissent comme des cellules vides.
** Proportion moyenne brute, *** Proportion moyenne pondérée

> Obstacles à l'accès aux soins

Une proportion élevée de patients (WAP 75,3 %) évoquent un problème spécifique rencontré en essayant d'obtenir des soins de santé au cours des douze derniers mois. **Une compréhension limitée ou un manque de connaissance de leurs droits et des règles du système** est le problème majeur avancé à Nice (51 %) et à Londres (52 %). Cela est rarement signalé à Munich (moins de 5 %) et à Amsterdam ; certainement parce que 43 % des patients sans autorisation de séjour à Munich ont très peu ou aucun droit d'accéder au système de santé de droit commun. Cela pourrait aussi expliquer pourquoi, aux Pays-Bas et en Allemagne, les patients évoquent fréquemment le coût de la consultation médicale ou du traitement (respectivement 11 % et 18 % des patients).

Le deuxième problème le plus fréquemment identifié par les patients est de nature administrative : réunir tous les documents exigés pour obtenir des soins. Cela concerne 21 % des patients (CAP), 40 % des patients à Londres, et 30 % des patients à Nice, où l'accès aux droits pour les étrangers sans papiers et les personnes gravement malades est devenu extrêmement difficile au cours des dernières années.

Le troisième obstacle le plus fréquemment cité est celui de la langue. Il est vrai qu'il y a des écarts, d'un centre à l'autre, dans le nombre de patients ayant cité la langue comme problème (de 0 % à 20 %), mais nous avons déjà précisé qu'en réalité une proportion beaucoup plus importante de patients ont besoin d'un interprète au moment de leur consultation dans les centres de MdM (54 %, voir ci-dessus).

De plus, **30 % à 40 % des patients n'ont même pas tenté d'accéder aux services de santé** dans les douze mois précédant leur visite[31]. Il est raisonnable d'affirmer qu'un certain nombre de ces patients n'avaient pas ou peu de raisons de chercher des soins. En revanche, le taux de consultation annuelle pour la population générale dans les pays européens de l'OCDE[32, 33] est d'au minimum un contact avec le système de santé chaque année – à l'exception des adolescents et des jeunes adultes – toutes raisons confondues (pathologies aiguës, chroniques et/ou soins préventifs).

Nous pouvons donc supposer que nombre de ces patients n'ont pas cherché à contacter les services de santé car ils étaient profondément convaincus qu'ils n'avaient pas droit aux soins.

[29] À Amsterdam, les catégories « Prise en charge pour une partie des frais seulement » et « Accès au médecin généraliste mais le patient doit assumer une partie des frais » ne font qu'une.
[30] À Londres, les catégories « Aucune prise en charge, le patient assume tous les frais », « Accès au médecin généraliste mais le patient doit assumer une partie des frais », et « Soins de santé secondaires à la charge du patient » auraient dû être mises dans la catégorie « Accès gratuit à un médecin généraliste », qui est théoriquement assuré même si les patients vus n'y avaient pas encore accès lorsqu'ils sont venus au centre de MdM.
[31] Cette question n'a pas été posée aux patients de Nice.
[32] Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 », Irdes, Paris, 2010, 254 p.
[33] Données sur la santé de l'OCDE, 2011.

Il est intéressant de noter que 10 % des patients à Nice affirment avoir vécu une mauvaise expérience en essayant d'obtenir des soins médicaux.

Dans les centres de Munich et de Londres, environ 20 % des étrangers sans papiers affirment qu'ils n'ont pas cherché à obtenir de soins car ils avaient peur d'être dénoncés auprès des autorités ou d'être arrêtés [34].

> Refus de soins

En fait, avec seulement 47 % et 35 % de personnes enquêtées à Bruxelles et à Munich (pas de recueil à Nice) [35], seules les données britanniques et néerlandaises sont exploitables. À Amsterdam, 29 % des patients se sont vu refuser l'accès aux soins par un professionnel de santé au cours des douze derniers mois ; c'est le cas de 21 % des patients à Londres.

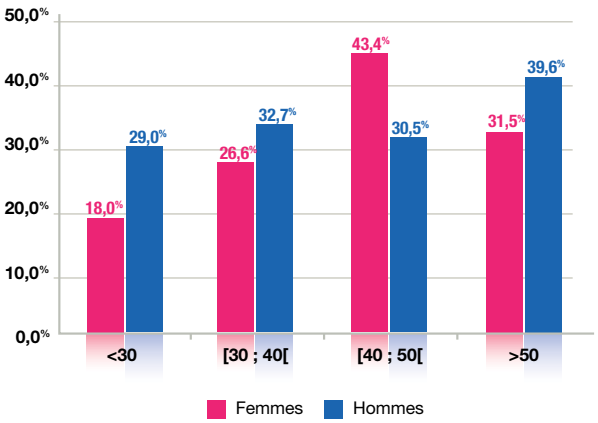
ÉTAT DE SANTÉ

> État de santé ressenti

Un tiers (MVWAP 34 %) **des personnes se considèrent en mauvaise ou très mauvaise santé.** Parmi la population générale dans l'Union européenne, cette proportion est de 9,7 % [36].

À Amsterdam et à Munich, 29 % des personnes considèrent qu'elles sont en mauvaise ou très mauvaise santé physique et 33 % déclarent avoir un mauvais ou très mauvais état de santé mentale.

Pourcentage de patients vus dans les centres de MdM considérant leur santé comme mauvaise ou très mauvaise, par sexe et par âge



> Problèmes de santé

Les catégories de problèmes de santé les plus fréquentes sont celles généralement observées en soins de santé primaires : troubles musculo-squelettiques, troubles du système digestif, problèmes respiratoires, dermatologiques, cardiovasculaires et psycho-psychiatriques. Dans les centres de MdM, **12,82 % des patients vus ont des problèmes psycho-psychiatriques.** Il faut garder à l'esprit que la plupart des demandeurs d'asile ont survécu à des événements traumatisants et que les étrangers sont souvent confrontés à la violence (voir § sur les violences).

> Maladies chroniques et nécessité de traitements

Lors des consultations médicales, au moins une pathologie chronique est signalée chez 20 % des patients et au moins une pathologie aiguë chez 20 % des patients. Il existe d'importantes différences entre les centres : au moins une maladie chronique est signalée chez la moitié des patients à Bruxelles et à Amsterdam, un quart à un tiers chez les patients à Munich et à Londres, et un dixième chez les patients à Nice [37].

Selon les médecins, la moitié des problèmes de santé signalés nécessitent un traitement. Le taux le plus élevé est à Bruxelles (68 % des maladies diagnostiquées) et le plus faible à Londres (27 %). **Dans le cas des pathologies exigeant un traitement, 46,2 % ne sont pas du tout traitées,** et 53,8 % sont traitées ou suivies de façon intermittente au moment où les patients se rendent dans les centres de MdM.

À la fin de chaque consultation avec un patient, les médecins classent le cas dans une des trois catégories suivantes : « urgent », « assez urgent » ou « non urgent ». **Une majorité (55 %) des cas vus dans les centres MdM** appartiennent à la catégorie **« urgent »** (WAP 20 %) ou « assez urgent » (WAP 35 %). 45 % (WAP) d'entre eux ont été classés dans la catégorie « non urgent ». Les médecins estiment que 40 % (WAP) des patients doivent bénéficier d'un suivi.

Seule une petite minorité (13,7 %) des patients dont le traitement est indispensable sont des étrangers qui étaient au courant de leur maladie avant de venir en Europe [38]. Ce chiffre est encore plus faible que celui publié dans l'enquête de l'Observatoire européen de 2008, selon laquelle 15,7 % des patients connaissaient leur maladie avant d'arriver dans le pays d'accueil. Cela dissipe **le mythe entretenu par les discours politiques** tendant à dresser le portrait d'étrangers migrant dans le seul but d'obtenir une aide médicale en Europe.

[34] Dans la précédente enquête européenne de MdM en 2008, 60 % des patients limitaient leurs mouvements ou leurs activités par peur d'être arrêtés. Voir « L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe », *op. cit.*

[35] En 2009, Nice a mené une enquête spéciale sur le refus des soins : 18 % des médecins généralistes et 48 % des dentistes refusaient les personnes possédant la couverture maladie pour les personnes pauvres (voir le « Rapport 2010 de l'Observatoire de l'accès aux soins en France », *op. cit.*).

[36] Enquêtes nationales sur la santé, série 2004, Eurostat, Bruxelles, 2007.

[37] En 2011, les médecins de Nice ont rarement répondu à cette question.

[38] Nos résultats peuvent suggérer que le pourcentage de migrants qui sont entrés dans l'UE en connaissant déjà leur maladie est encore plus bas que ce que nous avons pu observer, étant donné que les patients qui viennent dans nos centres le font pour un problème de santé, ce qui n'est pas le cas de tous les migrants.

Comme nous l'avons signalé dans notre précédent rapport d'enquête[39], **les préjugés sur une immigration massive liée à la recherche de soins de santé ne correspondent pas à ce que nous observons** dans la population interrogée.

> Soins prénataux

278 femmes ont répondu à une question sur le fait d'être enceinte ou non (13,4 % du nombre total de patientes). Parmi ces dernières, 129 étaient enceintes : 46,4 % des femmes interrogées et 6,2 % du nombre total de femmes (l'hypothèse étant que toutes les valeurs manquantes correspondent à des femmes non enceintes). À Amsterdam, Londres, Munich et Nice, en moyenne, **79 % des femmes n'avaient pas accès à des soins prénataux.** 95 % des femmes (ou 59 sur un total de 62 femmes enceintes) ne recevaient pas de soins prénataux à Londres, alors que ce chiffre semble plus bas dans les trois autres villes (mais avec des chiffres faibles ou très faibles[40]).

De plus, parmi les 64 femmes enceintes à qui la question a été posée, 50 % n'ont bénéficié d'un suivi prénatal qu'après la douzième semaine de grossesse.

> Vaccinations

Peu de médecins ont interrogé les patients sur leur couverture vaccinale ; de ce fait, le nombre de valeurs manquantes est élevé. Cependant, il est intéressant de noter que **75 % des patients à Amsterdam et 71 % à Nice disent ne pas savoir où se rendre pour se faire vacciner.**

© Astrid Dill

[39] Voir « L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe », *op. cit.*

[40] Respectivement, 61 % à Munich (20 sur 33) et 40 % à Amsterdam (4 sur 10). À Nice, le nombre de réponses notées par les médecins (seulement 5 pour les soins prénataux) est insuffisant pour que celles-ci soient analysées.

Suivi prénatal

En 2011, 79 % des femmes enceintes vues par MdM à Amsterdam, Londres, Munich et Nice n'ont pas de suivi prénatal.

Il est primordial de rendre accessible à toutes les femmes enceintes les programmes de soins prénataux, qui surveillent l'état de santé des femmes ainsi que la santé et le développement du bébé pendant la grossesse.
En Europe, des femmes n'ont pas accès aux soins prénataux qui détectent, quand ces services leur sont proposés, des problèmes pouvant survenir pendant la grossesse et l'accouchement. Des mesures peuvent alors être prises pour les éviter ou les traiter.
Les femmes qui ne reçoivent pas les soins adaptés courent le risque que des complications ne soient pas détectées et soient donc traitées trop tard, ce qui à son tour augmente les risques graves pour l'enfant et la mère. Le travail mené au niveau mondial pour atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement vise à réduire la mortalité infantile et maternelle, qui est intrinsèquement liée à l'offre de soins prénataux.
Le Parlement européen a reconnu que les soins prénataux représentaient une priorité. Dans sa résolution [41] datée du 8 mars 2011, le Parlement européen appelle les États membres à promouvoir les politiques publiques visant à garantir les soins maternels.
L'Agence des droits fondamentaux (FRA) a signalé dans son avis sur les soins périnataux que :

« L'article 24 de la Convention des droits de l'enfant et l'Article 12 (2) de la Convention des Nation unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, appellent à la fourniture de soins prénataux et postnataux. Cependant, les droits à la santé pour les femmes enceintes et les mères diffèrent au sein de l'UE. Les femmes en situation irrégulière doivent avoir accès aux soins primaires et secondaires nécessaires aux accouchements ainsi qu'à des soins de santé maternelle et reproductive au même titre que les nationaux. Cela doit comprendre les soins primaires et secondaires pré et postnataux, comme la possibilité de consulter un gynécologue, avoir accès aux contrôles essentiels, au planning familial ou au counseling [42]. »

Témoignages de patients sur leur situation

« Je n'ai pas d'assurance maladie. Je ne suis pas assurée. Je n'ai pas consulté de médecin au cours des huit premiers mois de ma grossesse. Nous sommes une famille pauvre, et comme nous ne sommes pas assurés, je dois payer chaque consultation chez un gynécologue, et je n'en avais pas les moyens. […] J'ai accouché normalement. Le deuxième jour, ma belle-mère m'a rendu visite à l'hôpital et m'a vue en train de pleurer. Je lui ai expliqué que les infirmières me criaient dessus et qu'elles ne voulaient pas me laisser quitter l'hôpital [43] avant d'avoir réglé mon assurance santé, et elles menaçaient de me dénoncer à la police. »
Mme A., 20 ans, citoyenne bulgare à Nadezhda, quartier rom de la ville de Sliven, décembre 2011, Bulgarie.

« J'ai rencontré un Serbe qui vit ici sans papiers et sans argent. Je suis enceinte de son enfant. Je suis heureuse de pouvoir encore tomber enceinte à mon âge. On m'a toujours dit que je n'aurais pas d'enfant à cause de fibromes et de kystes au ventre. Je n'ai qu'une amie ici. Elle a un médecin généraliste. Nous sommes allées à une de ses consultations. J'ai dû payer 15 euros. Je suis allée une fois à l'hôpital à cause d'importantes douleurs abdominales et de saignements (j'étais enceinte à l'époque), mais ils m'ont tout de suite dit qu'ils ne pouvaient pas m'aider car je n'avais ni argent, ni papiers. Heureusement, j'ai découvert Médecins du monde. J'y ai trouvé de l'aide. Le travailleur social m'a dit que je pouvais m'adresser au CPAS [centre public d'action sociale], mais ils ont refusé de m'aider. C'est à mon ex-mari de tout payer, car lorsque j'ai fait ma demande de visa, il a signé un document certifiant qu'il s'acquitterait de tous les paiements. Mais ce n'est plus mon mari. Il vit au Maroc, comment pourrait-il donc payer le médecin et tout le reste ? »
Mme B., 40 ans, Marocaine vivant en Belgique depuis 2009, Anvers, décembre 2011.

[41] Dans cette résolution, le Parlement européen *« […] Invite les États membres à promouvoir des politiques publiques visant à garantir les conditions de vie saines pour tous les bébés, enfants et adolescents, y compris les actions de soutien prénatal et postnatal aux parents, aux femmes enceintes et allaitantes, de façon à garantir aux nouveau-nés un bon départ dans la vie et éviter de nouvelles inégalités de santé, en reconnaissant ainsi l'importance des investissements en faveur du développement des jeunes enfants ainsi que des approches fondées sur la vie entière ; […]à garantir que toutes les femmes enceintes et tous les enfants, indépendamment de leur statut, aient droit à la protection sociale et en bénéficient effectivement, tel que défini dans leur législation nationale. »*, voir www.europarl.europa.eu.

[42] « Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States », p. 9, in publications 2011: www.fra.europa.eu. La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne stipule clairement dans son article 35 relatif aux soins que *« toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».*

[43] Toutes les femmes enceintes ont le droit d'accoucher gratuitement dans les hôpitaux en Bulgarie, quel que soit leur statut d'assurance maladie, mais de nombreuses femmes roms vivant dans les ghettos ou dans les villages l'ignorent.

Un enfant rom regardant son carnet de vaccination délivré par MdM en France

Vaccination

➔ Plus de 70 % des patients vus en 2011 à Amsterdam et à Nice ne savent pas où aller pour se faire vacciner.

➔ 60 % des patients, et jusqu'à 75 % des patients roms, vus en France ne sont pas à jour de leurs principaux vaccins [44].

En 1974, l'OMS a créé son Programme élargi de vaccination (PEV) [45] afin de **garantir que tous les enfants dans tous les pays bénéficient des vaccins qui permettent de sauver des vies.** En Europe, nous sommes loin de fournir ces vaccins vitaux à tous les enfants, et encore moins à l'échelle mondiale.

Fin 2011, l'OMS [46] indiquait que 40 des 53 États membres de la région européenne de l'OMS avaient signalé 26 025 cas de rougeole confirmés sur la période de janvier à juillet 2011. Les enfants n'avaient pas été vaccinés malgré l'existence d'un vaccin hautement efficace, sûr et relativement peu coûteux depuis 1960. Chaque cas de rougeole est évitable et tout décès ou handicap engendré par la rougeole reste inacceptable.

En Europe, dans des proportions plus ou moins importantes selon les législations nationales, il existe des enfants qui ont du mal à être vaccinés, en particulier ceux appartenant aux groupes de population les plus vulnérables. Alors que certains pays comme le Royaume-Uni proposent une vaccination gratuite aux enfants par le biais des services de santé nationaux, il existe des pays comme l'Allemagne où des enfants n'ont pas d'assurance maladie et ont un accès restreint ou inexistant aux services de santé qui fournissent la vaccination. Les enfants vivant dans des conditions difficiles sont ceux qui risquent le plus de souffrir du manque de vaccination. C'est particulièrement vrai pour un grand nombre d'enfants roms et pour les enfants de parents sans papiers. Des campagnes de vaccination pour les Roms en France ont dû être stoppées, car les Roms sont continuellement chassés ou expulsés. Dans son avis sur le soin des enfants, la FRA déclare :

« Les enfants en "situation irrégulière" continuent de devoir faire face à des obstacles juridiques et pratiques concernant l'accès aux soins. Vu l'article 24 de la Convention sur les droits des enfants, chaque enfant présent sur le territoire d'un État membre de l'UE devrait bénéficier de l'accès aux soins de santé au même titre que les ressortissants. Cela doit également inclure les vaccinations, qui constituent une mesure de soins préventifs majeure [47]. »

Témoignages de patients sur leur situation

« C'était il y a plus d'un an, lors de l'épidémie de rougeole. Ma femme Magdalena, âgée de 16 ans, avait beaucoup de fièvre, des nausées et manquait d'appétit. Des boutons sont apparus sur son visage et sur tout son corps. Je l'ai amenée voir un médecin : elle avait la rougeole. Elle n'était pas la seule dans le quartier [48]. Il y avait déjà de nombreux enfants qui avaient aussi attrapé la rougeole. Le médecin a prescrit des cachets. Le même jour, la situation s'est aggravée. Elle a commencé à se plier de douleur et elle avait beaucoup de fièvre. Le lendemain matin, je l'ai amenée à l'hôpital et leur ai demandé de l'hospitaliser. Les médecins m'ont dit qu'il n'y avait plus de place dans l'hôpital. Ils lui ont fait une piqûre en disant qu'elle irait mieux très vite et nous ont dit de rentrer chez nous. Mais peu de temps après notre retour, elle a été reprise de tremblements et d'une très grosse fièvre. Peu de temps après, ma femme est décédée. Je ne comprends pas pourquoi elle n'a pas été hospitalisée. C'était évident qu'elle allait très mal. Il semble que notre sort à nous les Roms leur importe peu. C'est comme s'ils voulaient se débarrasser de nous. »

M. A., 18 ans, Rom, citoyen bulgare, habitant à Nadezhda, quartier rom de la ville de Sliven, décembre 2011, Bulgarie.

« Lorsque j'ai commencé à aller à l'école ici, ça a été très difficile. J'ai dû aller voir le médecin scolaire, qui m'a interrogée sur mes vaccins, mais nous n'avions pas de carnet de vaccination. Lorsque nous avons quitté la Roumanie, nous n'avons pas pu tout emporter et ma mère ne sait pas si je suis vaccinée ou non. L'école a dit que je devais être vaccinée contre la rougeole, la polio, la diphtérie et le tétanos, mais ne nous a pas dit où obtenir ces vaccins sans assurance maladie. J'avais hâte d'aller à l'école et j'avais peur que cela ne m'en empêche. Le médecin du centre d'accès aux soins de MdM m'a dit après une prise de sang que j'avais bien fait de venir, car je n'étais pas du tout vaccinée. Ma sœur et moi avons donc eu tous les vaccins au centre d'accès aux soins de MdM, et nous avons pu commencer à aller à l'école. »

Ms S., age 8, from Rumania, living in Germany for the last 3 years. January 2012

[44] Rapport 2010 de l'Observatoire de l'accès aux soins en France, *op. cit.*
[45] Assemblée mondiale de la santé, résolution WHA27.57.
[46] « Measles outbreaks: Regions of the Americas, Europe and Africa », Alerte et Action au niveau mondial (GAR), OMS, 2011, www.who.int.
[47] « Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States », p. 9, in publications 2011, www.fra.europa.eu.
[48] beaucoup d'enfants atteints de la rougeole ont des cartes de vaccination indiquant qu'ils ont été vaccinés. Plus de 4 000 enfants roms ont été infectés dans la seule région de Sliven entre 2009 et 2010 à cause de pratiques frauduleuses, notamment la demande de remboursement pour des vaccins qui n'ont pas été faits et d'autres problèmes au sein du système de santé. Pour les citoyens de moins de 18 ans, la loi bulgare garantit la vaccination gratuite.

© Spike Johnson

Soins de santé primaires

- **En 2011, 30 à 40 % des personnes vues par MdM à Amsterdam, Bruxelles, Londres, Munich et Nice n'ont même pas tenté d'accéder à des soins de santé au cours des douze derniers mois.**
- **En 2011, 46,2 % des patients vus dans les centres de MdM ayant des pathologies nécessitant un traitement ne reçoivent pas de traitement.**
- **Selon les médecins, 55 % des cas vus dans les centres d'accès aux soins de MdM en 2011 sont urgents, mais la majorité des patients n'ont aucun accès au système de soins de santé de droit commun.**

Les soins de santé primaires sont fournis par un médecin généraliste, et se définissent comme la prestation continue de soins de premier recours, centrés sur la personne, répondant à ses besoins de santé. Il a été prouvé que des soins de santé primaires accessibles améliorent l'état de santé de façon générale et améliorent aussi l'efficacité du système de santé dans son ensemble (en évitant l'utilisation excessive des urgences dans les hôpitaux, par exemple). Un manque d'accès aux soins de santé, pour quelque raison que ce soit, qu'elle soit administrative, financière ou culturelle, peut aboutir à une détérioration considérable de la continuité des soins et de la prévention.

Il est primordial de faciliter l'accès aux soins de santé primaires pour les groupes de population présentant de nombreux facteurs de risque, les groupes les plus vulnérables étant ceux qui sont le plus en danger.

Une approche plus proactive est nécessaire pour faire tomber les barrières à l'accès à un médecin généraliste dans chaque État membre de l'UE[49].

Témoignage sur la situation d'une patiente

« Mme C. s'est vue prescrire une opération de la cataracte à l'hôpital. Elle aurait dû être envoyée chez un spécialiste par son médecin généraliste, mais elle n'en avait pas. MdM a donc commencé à chercher un médecin généraliste dans le quartier défavorisé où habite Mme C. Les médecins ne reçoivent pas d'indemnités pour la charge de travail supplémentaire induite par la détresse sociale de leurs patients. Six cabinets sont situés dans ce quartier, et aucun ne voulait accepter Mme C. comme patiente. Deux des cabinets ont précisé qu'ils ne souhaitaient pas avoir à subir la charge de travail supplémentaire nécessaire pour obtenir le financement octroyé par le gouvernement néerlandais aux professionnels de santé, pour couvrir les frais médicaux des étrangers sans papiers qui ne peuvent pas payer. Le troisième cabinet nous a affirmé avoir eu de mauvaises expériences avec "ce genre de personnes" dans le passé. Le quatrième cabinet n'acceptait que les patients qui étaient en mesure de présenter une carte d'identité valide. Le cinquième cabinet nous a annoncé qu'il n'acceptait les étrangers sans papiers que s'ils pouvaient payer en liquide avant leur rendez-vous. Le sixième et dernier cabinet nous a renvoyés vers les autres cabinets du quartier, car ils avaient un devoir de soins, et avaient été sollicités en premier… »

À propos de Mme C., 76 ans, du Maroc, habitant aux Pays-Bas, décembre 2011.

Point de vue d'une médecin généraliste bénévole au Project:London

« Je suis médecin généraliste et je travaille, lorsque j'en ai le temps, comme bénévole au centre d'accès aux soins pour le Project:London, un programme de protection de la santé créé par Médecins du monde dans l'Est londonien. Ici, je soigne ceux qui n'ont pas accès aux soins de santé primaires. Cela comprend les personnes acceptées ou rejetées par le système d'asile et les étrangers sans papiers. Les histoires racontées sont diverses et parfois poignantes. Un couple avait vu sa demande d'asile déboutée. Des gangs locaux menaçaient de mort le mari et ils ne pouvaient pas rentrer chez eux. La femme enceinte était dans son troisième trimestre. Une jeune femme déprimée avait fui la maison où elle avait été tenue en esclavage depuis ses 14 ans. Un adolescent présentant de graves symptômes de troubles de stress post-traumatique avait du mal à maîtriser ses colères et risquait de se blesser ou de blesser autrui (il avait déjà commis une sérieuse tentative de suicide). Une femme d'une quarantaine d'années avait une cardite rhumatismale et était atteinte d'insuffisance cardiaque. Ces individus avaient tous besoin de soins cliniques, mais n'avaient pas réussi à accéder aux soins de santé au Royaume-Uni. La British Medical Association rappelle aux médecins qu'il ne leur incombe pas de déterminer le statut d'une personne pour lui permettre d'accéder ou non aux soins de santé primaires. Les bonnes pratiques médicales établies par l'Ordre des médecins exigent que les médecins ne discriminent pas de façon injuste, mais fournissent soins et traitements, pour répondre aux besoins cliniques des patients. Le Collège royal des médecins généralistes (RCGP) approuve ce principe : "En vertu du principe selon lequel les médecins généralistes ont un devoir de soins envers toutes les personnes requérant des soins, le RCGP pense qu'il n'appartient pas aux médecins de contrôler l'accès aux soins et de refuser les gens lorsqu'ils sont en situation de vulnérabilité extrême."

Malheureusement, les secrétaires et les responsables de cabinets sont exhortés à rejeter les individus qui ne sont pas en mesure de présenter une série de documents (factures servant de justificatifs de domicile ou passeports), chose qui peut s'avérer compliquée si vous êtes sans abri ou que quelqu'un d'autre détient votre passeport. Ces obligations n'ont aucun poids juridique ou éthique, mais certains peuvent penser le contraire. Cela ne présage rien de bon pour les personnes en situation de dénuement et de grande vulnérabilité qui ont besoin de soins cliniques humains. »

Dr. Paquita De Zulueta, volunteer at Project: London. June 2011.

[49] Les rapports de la FRA, de Médecins du monde (dont les rapports du réseau Huma), de Picum, etc., sont des outils qui doivent être utilisés.

Rom à Sliven, Bulgarie

Un parcours semé d'embûches pour les ressortissants européens pauvres vivant dans leur propre pays

➔ Entre 2010 et 2011, le nombre de citoyens grecs, dont les Roms grecs, se rendant dans les polycliniques[50] de MdM en Grèce a doublé.

Récemment, le Réseau international de Médecins du monde a dû faire face à une augmentation importante du nombre de patients vus dans les programmes de santé de MdM, au niveau de deux pays pour l'instant : la Grèce et le Portugal[51].

En Grèce, au moment de la rédaction du présent document, le chômage atteignait 21 % et continuait d'augmenter. Selon Eurostat, en 2010, 27,7 % de la population grecque était considérée comme courant un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (plus de 3 millions de personnes – le nombre d'habitants le plus élevé dans cette catégorie parmi les États membres de l'UE)[52].

La pauvreté chez les enfants est aussi en augmentation. 19,7 % des enfants en Grèce vivent dans des foyers qui n'ont pas les moyens de se payer au moins trois des neuf produits de première nécessité[53]. Ce chiffre atteint 17,4 % pour l'ensemble de l'UE.

Les mesures d'austérité ont un sérieux impact sur la société grecque. De nouvelles formes d'exclusion sociale sont apparues à mesure qu'un nombre croissant de personnes se retrouvent sans travail ou avec des salaires très bas. Le nombre de personnes socialement exclues a augmenté, et cela ne fait qu'accroître le nombre de demandes pour toutes formes de services et d'assistance sociale. De plus, le nombre d'organismes publics d'assistance sociale se réduit rapidement et les gens se tournent de plus en plus vers les ONG pour obtenir une aide.

Le gouvernement grec a réduit de façon significative les dépenses publiques en matière de santé[54] et a augmenté le coût de l'accès aux soins. En octobre 2010, tous les hôpitaux publics ont instauré l'obligation de payer des frais initiaux de 5 euros pour chaque consultation médicale. Cela s'est traduit par un grand nombre de personnes exclues des services fournis par le système de santé national, car elles n'avaient tout simplement plus les moyens de payer.

Dans les polycliniques de MdM en Grèce, le pourcentage de citoyens grecs nécessitant une consultation médicale a plus que doublé en 2011. Le constat que nombre des patients concernés sont âgés et retraités est alarmant. Leurs pensions ont été significativement réduites à cause des mesures d'austérité mises en place par le gouvernement au cours des dernières années.

Témoignages de patients sur leur situation

« J'habite dans un appartement avec mon mari et mes quatre enfants. Notre électricité sera bientôt coupée, puisque nous n'avons plus d'argent pour payer les dernières factures. Ma famille devra donc survivre à l'hiver sans chauffage. Nous avons un revenu extrêmement bas qui ne suffit pas à subvenir aux besoins d'une famille de sept personnes. Et très bientôt, nous n'aurons plus d'électricité et nos conditions de vie vont empirer. Je suis enceinte de mon cinquième enfant, mais je n'ai pas vu de gynécologue jusqu'à présent. Étant donné que mon mari et moi-même sommes sans emploi et ne recevons pas de prestations sociales, je n'ai pas accès au système de santé publique. Mes enfants n'ont pas été vaccinés. »

Mme. D., 32 ans, femme grecque vivant en Grèce, nov. 2011.

« J'étais enceinte de neuf mois. Une nuit, j'ai senti que je perdais les eaux. Nous n'avons ni voiture ni téléphone, et les chauffeurs de taxi ne veulent pas s'aventurer dans notre quartier ; mon mari est donc allé sonner chez les voisins pour leur demander d'appeler une ambulance. Il a dit aux ambulanciers que j'étais en train d'accoucher. En attendant, je suis allée aux toilettes à cause de mes eaux et je ne voulais pas que mes deux enfants me voient dans cet état. Mes contractions ont commencé alors que j'attendais dans les toilettes. Ma belle-mère est venue me voir. L'ambulance n'arrivait pas. Mon mari est allé une seconde fois chez les voisins pour l'appeler. Il a appelé en disant "venez vite, je vous en prie, ma femme est en train d'accoucher". Je pleurais dans les toilettes et je ne pouvais pas bouger. Ma belle-mère a appelé d'autres femmes, et tous les voisins ont été réveillés, sont venus, et j'ai accouché. Un de nos voisins, Kalin, qui travaille comme médiateur en santé, a appelé de nouveau l'ambulance en leur disant qu'il travaillait pour Médecins du monde et l'ambulance est arrivée dix minutes plus tard et m'a emmenée à l'hôpital avec mon bébé, né dans les toilettes. Des cas comme cela sont fréquents ici. L'ambulance ne veut pas se rendre dans notre quartier. »

Mme. T. 27 ans, Rom bulgare, habitant à Nadezhda, quartier rom de la ville de Sliven, décembre 2011.

[50] Les polycliniques de MdM en Grèce sont aussi appelées policliniques, c'est à dire cliniques citoyennes.
[51] Ce type de situation commence à apparaître en Espagne et en France.
[52] Site web d'Eurostat, tableau des revenus et des conditions de vie.
Disponible sur : www.epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=t2020_50&language=en.
[53] Matsaganis M, « Child poverty and child wellbeing in the European Union – Policy overview and policy impact analysis. A case study : Greece », 2010.
[54] Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee and Stuckler D, « Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy ». *The Lancet,* Early Online Publication, 10 octobre 2011.

© Steven Wassenaar

Les ressortissants européens pauvres vivant dans un autre pays de l'UE n'ont pas accès aux soins !

En 2011, 15 % des patients vus dans les centres de MdM à Amsterdam, Bruxelles, Londres, Munich et Nice sont des ressortissants européens. En Allemagne, 57,9 % sont des ressortissants européens [55].

Les ressortissants européens qui n'ont pas de ressources financières suffisantes ou d'assurance maladie ont perdu l'autorisation de séjour dans un pays européen autre que le leur en 2004 avec l'introduction de la Directive européenne sur le droit des ressortissants européens et les membres de leur famille de circuler et de résider librement [56]. L'article 7 de la directive affirme clairement :

« Tout citoyen de l'Union a le droit de séjourner sur le territoire d'un autre État membre pour une durée de plus de trois mois : […] s'il dispose, pour lui et pour les membres de sa famille, de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'État membre d'accueil au cours de son séjour, et d'une assurance maladie complète dans l'État membre d'accueil. »

Ils se trouvent dans la même situation que les étrangers sans papiers provenant d'un pays hors de l'UE. La Belgique et la France ont étendu leur système de couverture maladie pour les étrangers sans papiers aux ressortissants de l'UE sans autorisation de séjour. Mais tous les pays n'ont pas suivi le même exemple. Nous observons une augmentation constante du nombre de ressortissants européens vus dans nos centres. L'obtention d'une couverture maladie s'avère particulièrement difficile pour eux, même dans les pays où ils y ont droit. Les mêmes réglementations affectent aussi les citoyens non européens qui ont un permis de séjour dans un pays européen et se déplacent vers un autre pays de l'UE (par exemple, une famille marocaine habitant en Espagne qui choisit d'aller vivre en France).

Témoignages de patients sur leur situation

« Je travaille en Allemagne depuis vingt-trois ans. Au cours des dernières années, la situation en Bulgarie a empiré, j'ai donc emmené ma famille avec moi à Munich. Je travaillais essentiellement sur des chantiers ici en Allemagne mais je n'ai jamais réussi à obtenir de vraie assurance maladie, car le patron n'a jamais déclaré mon travail auprès des autorités locales. Il y a deux ans, j'ai eu une crise cardiaque et on m'a amené d'urgence à l'hôpital, ici à Munich. Ils m'ont soigné, mais comme je n'avais pas d'assurance maladie, on m'a demandé de vite quitter l'hôpital et nous avons reçu la facture de l'hôpital. Je dois régulièrement prendre des médicaments pour maintenir mon cœur en bonne santé, mais la liste est longue et je n'ai pas les moyens de les payer. Les médecins ont dit qu'ils ne pouvaient pas m'aider et que je devais contracter une assurance ! Lorsqu'il nous reste de l'argent j'achète certains des médicaments à la gare centrale sans ordonnance, mais je n'ai jamais pris de médicaments pour mon cœur de façon régulière. De plus, je n'ai jamais eu de visite de suivi avec un médecin depuis ma sortie de l'hôpital. J'ai peur que mon cœur ne lâche à nouveau. »

M. I, 64 ans, Bulgare, minorité turque, Munich, décembre 2011.

« F. a 26 ans et elle habite en Espagne depuis plusieurs années. Elle a toujours travaillé comme femme de ménage auprès de différentes familles depuis son arrivée dans le pays. Cependant, elle n'a jamais réussi à ce que l'une des familles pour lesquelles elle a travaillé ne la déclare auprès de la Sécurité sociale en tant que femme de ménage.
En octobre 2011, lorsqu'elle est venue voir MdM, elle était clairement émotionnellement affectée et se trouvait dans une situation difficile. Elle était sans emploi depuis plusieurs mois à cause de l'aggravation de la crise économique, bien qu'elle ait activement continué à chercher du travail comme femme de ménage. Sa situation professionnelle était devenue d'autant plus compliquée qu'elle avait une petite fille de moins de un an, ce qui limitait d'autant plus ses possibilités d'entrer sur le marché du travail. F. devait huit mois de loyer. Elle était en situation d'exclusion sociale évidente, subsistant grâce à des denrées fournies par une institution religieuse.
À cause d'un problème de santé, elle a dû consulter son médecin de famille. On lui a dit que son assurance maladie avait expiré en juillet 2011, qu'on ne pouvait pas la lui renouveler, car elle était citoyenne de l'UE, et qu'on ne maintiendrait une assurance maladie que pour son bébé. Lorsqu'elle a présenté son problème à MdM, nous avons préparé un rapport détaillé pour le District sanitaire. À la fin du mois d'octobre 2011, toute la documentation a été envoyée. Vingt jours plus tard, nous n'avions toujours pas de réponse. Au début du mois de décembre, F. a de nouveau rempli la documentation, pour essayer d'obtenir une couverture maladie, mais la seule réponse du centre a été "qu'ils la convoqueraient dans l'éventualité d'une réponse favorable à sa demande". Elle a recontacté une fois de plus le centre, mais la réponse a été identique. À la fin du mois de décembre 2011, MdM a demandé plus d'informations sur ce dossier, mais n'a toujours pas reçu de réponse à ce jour.

À propos de F., 26 ans, Roumaine habitant en Espagne, janvier 2012.

[55] Les ressortissants de pays ayant récemment rejoint l'UE n'ont pas le droit de libre circulation comme travailleurs en Allemagne
[56] Directive 2004/38/CE datée du 29 avril 2004, Journal officiel de l'Union européenne L 158 du 30 avril 2004, www.europa.eu.

Protéger les étrangers gravement malades et leur dispenser des soins

- **Seuls 13,7 % des patients vus à Amsterdam, Bruxelles, Londres et Munich connaissaient leur maladie avant de venir en Europe.**
- **En France, entre 2005 et 2009, il n'y a pas eu d'augmentation notable du nombre d'étrangers gravement malades demandant un permis de séjour pour raisons médicales. Malgré une législation promulguée il y a quatorze ans, clairement favorable aux étrangers gravement malades, le nombre de personnes bénéficiant de cette loi n'est pas monté en flèche et demeure en deçà des 30 000, alors que la plupart d'entre elles souffrent de pathologies chroniques.**

Les étrangers sans papiers qui souffrent de pathologies nécessitant un traitement et un suivi médical réguliers proviennent parfois de pays où l'accès à des soins appropriés n'est pas garanti. C'est la raison pour laquelle certains pays européens ont choisi de promulguer des lois et de mettre en place des réglementations pour protéger les étrangers gravement malades contre l'expulsion. On leur octroie un permis de séjour dans le pays, ce qui prévient les conséquences évidentes que le manque de traitement aurait sur leur santé : souffrance physique ou morale, incapacité physique, ou même décès. Un des exemples est la France[57], où, depuis 1998, les vies de nombreux étrangers sans papiers ont été sauvées. La France a montré l'exemple pour l'UE et son modèle n'a pas engendré de flux important d'étrangers.

L'expulsion vers un pays où l'accès à des soins est impossible mène à la détérioration grave de l'état de santé et parfois à la mort, cela va à l'encontre de la Convention européenne des droits de l'homme, selon laquelle « nul ne peut être soumis à la torture, ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ».

L'histoire d'Eduardo

Eduardo arrive en Espagne en 2006 avec de grands projets, ses dettes (il a hypothéqué la maison familiale pour venir), ses engagements, son lot de soucis, mais aussi ses problèmes de santé. Il travaille pendant cinq mois dans les champs de Grenade, où il n'a pas été payé. Il cherche ensuite une nouvelle opportunité à Séville. Il finit par vivre dans la rue, où il subit des agressions. Pendant toute cette période, il est assez déprimé, car plusieurs mois se sont écoulés sans qu'il puisse renvoyer de l'argent chez lui, et ses dettes ont considérablement augmenté. En 2007, il se rend à Malaga pour tenter sa chance. En mai 2008, il est reçu par l'équipe de Médicos del Mundo à Malaga. Il ne se présente pas au rendez-vous avec le psychologue. Il est plus tard admis aux urgences pour tentative de suicide. Le 13 juillet, il est violé et une fois de plus admis aux urgences. Il est profondément affecté. Il dénonce son agresseur mais décide de ne pas porter plainte par peur de représailles sachant qu'il est un migrant sans papiers.

Il essaie à nouveau de se suicider. À la suite de son admission à l'hôpital, il suit un traitement et trouve un foyer, où sa situation se stabilise quelque peu. Il ne rencontre qu'une seule fois le psychologue de MdM. Cependant, il suit bien son traitement et exprime son désir de continuer, et de trouver une façon de sortir de cette impasse. Il envisage de quitter l'Espagne et de rentrer dans son pays, mais il veut le faire la tête haute, après avoir stabilisé sa santé et gagné de l'argent pour payer son billet de retour et ses dettes.

Deux jours après ce rendez-vous, Eduardo est victime d'un incident dans le foyer municipal. Il ne prend pas bien ses médicaments et est assez instable. Il commence à tenir tête aux agents de police. Il est arrêté et accusé de délit d'outrage à agent de la force publique. On lui propose de choisir entre une peine de prison et l'expulsion, avec une interdiction de revenir en Espagne pendant dix ans. Il est emmené au centre de détention des immigrés.

Quelques jours plus tard, il essaie à nouveau de se suicider. Des détenus le sauvent. Après cet incident, il est suivi de près par le personnel du centre en attendant son expulsion. L'idée de rentrer chez lui de cette façon et d'être enfermé l'affecte considérablement. Pendant ce temps, l'Association des amis de Bolivie tente de l'aider en récoltant l'argent nécessaire au remboursement de ses dettes. On essaie de lui trouver un traitement psychiatrique suffisant pour les deux premiers mois, dans le but de pouvoir stabiliser sa situation en Bolivie et d'y trouver des moyens d'accéder aux soins.

Le 1er octobre 2008, le travailleur social du centre de détention des immigrés appelle MdM pour essayer de trouver un psychologue pour Eduardo en Bolivie. Mais il est clair qu'aucune organisation n'est en position de garantir à Eduardo qu'il recevra en Bolivie les soins de santé dont il a besoin.

En réalité, compte tenu de son état de santé mentale fragile, il serait logique de dispenser des soins ici, immédiatement, avant son expulsion.

Eduardo Medina Flores est expulsé durant les premières heures du 15 octobre.

Personne n'en a été informé : sa famille en Bolivie n'a pas pu aller le récupérer à l'aéroport lorsqu'il est arrivé. Ses médicaments ainsi que son bagage ne sont pas arrivés. C'est comme ça qu'a été gérée son expulsion précipitée, dans la hâte. Tous les efforts de préparation de thérapie pour qu'il puisse stabiliser sa situation dans son pays ont été vains. Plus tard, notre association a été informée par la famille d'Eduardo qu'il avait été admis à l'hôpital en état critique.

Le 4 décembre, Eduardo Medina Flores est mort. La cause de sa mort est une anémie et une malnutrition sévère. Depuis son arrivée en Espagne, il n'avait presque pas mangé. C'était probablement dû à sa mauvaise santé mentale et au manque de soins appropriés."

La historia de Eduardo de Gabriel Ruiz Enciso et Antonio Calderón - Asociación Amigos de Bolivia

[57] Malheureusement, la législation a changé pour le pire en 2011. Voir les campagnes et les rapports de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers : www.odse.eu.org.

EN GRÈCE : LES MIGRANTS À PATRAS ET À IGOUMENITSA

En décembre 2010, Médecins du monde Grèce a créé deux unités mobiles pour aider les migrants à accéder aux soins de santé à Patras et à Igoumenitsa, des villes portuaires situées sur la côte ouest de la Grèce. Dans cette partie, nous présentons nos résultats basés sur un recueil de données collectées quotidiennement sur une période de quatre mois (avril-juillet) en 2011 [58].

> Données démographiques

Au total, 1 656 personnes ont été reçues dans les unités mobiles. Il n'y a que des hommes. Tous, à l'exception de trois, sont sans abri. La vaste majorité (92 %) a besoin d'un interprète au moment des consultations. L'âge moyen des bénéficiaires est de 24 ans, dans une fourchette de 13 à 74 ans. La durée moyenne de séjour en Grèce est de 15,2 mois.

Presque la moitié (45 %) des bénéficiaires sont du Proche- ou du Moyen-Orient, 36 % d'Afrique du Nord, 19 % d'Afrique subsaharienne, 17,5 % d'Europe et une minorité d'autres parties du monde. Les principaux pays d'origine (nationalités) sont, en ordre décroissant : l'Afghanistan (530 personnes), l'Algérie (234), le Maroc (195), le Soudan (152), l'Érythrée (58), les chiffres sont moins importants pour la Tunisie, la Somalie, la Palestine et l'Irak (la moitié des migrants d'Irak sont des Kurdes).

> Statut administratif

Presque tous les patients sont des étrangers sans papiers (94 %). 12,6 % ont déposé ou envisagent de déposer une demande d'asile.

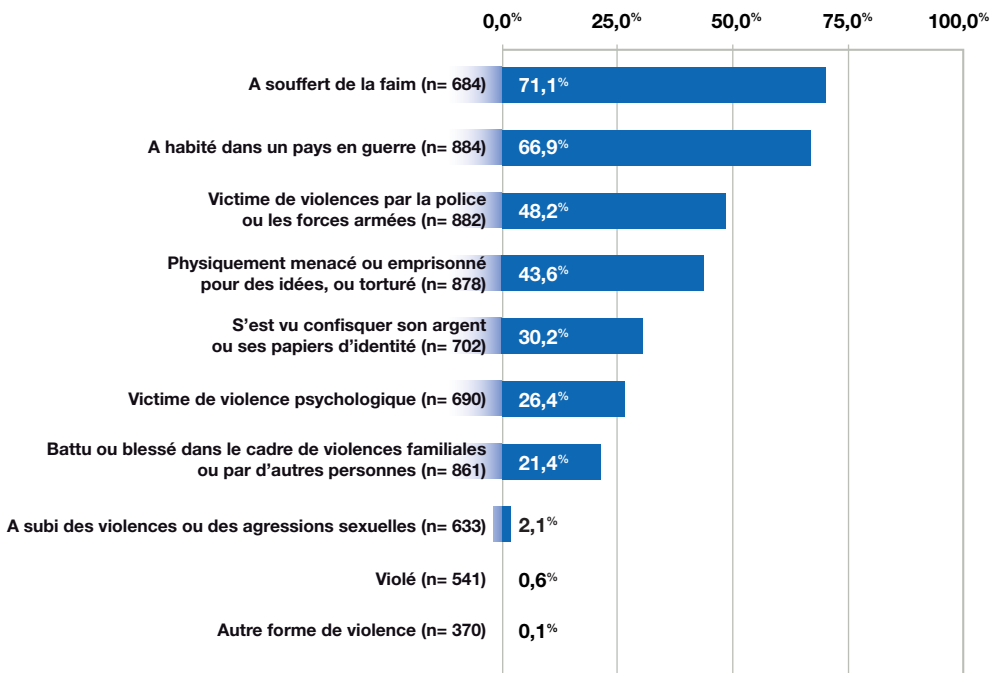
> Violence

53 % des patients des unités mobiles ont été interrogés sur de possibles expériences passées de violence. Le plus frappant est que la plupart des violences [59] subies par les étrangers se sont produites après leur arrivée en Grèce. Nous avons demandé aux patients de quels types de violences ils avaient souffert et où celles-ci s'étaient produites : dans leur pays, pendant le parcours migratoire ou après leur arrivée en Grèce.

Proportion de patients ayant été victimes d'actes de violence (données obtenues au cours des entretiens avec les patients) :

- Menaces physiques, ou prison : 74,3 % en Grèce
- Violences par la police ou l'armée : 79,7 % en Grèce
- Battus ou injuriés : 82,2 % en Grèce
- Violences ou agressions sexuelles : 6 sur 11 réponses en Grèce
- Viols : 3 sur 4 réponses en Grèce
- Violences psychologiques : 64 % en Grèce, et 32,5 % avant de quitter leur pays
- Confiscation d'argent ou de papiers d'identité : 78 % en Grèce, et 11 % avant et pendant le parcours migratoire
- Faim : 92 % en Grèce

Prévalence des violences répertoriées par forme de violence



[58] Le rapport complet est disponible sur demande.
[59] Les actes de violence liés à la guerre ont (évidemment) eu lieu dans le pays d'origine ou pendant le parcours migratoire.

> Vaccinations

Les unités mobiles en Grèce ont recueilli des données sur la vaccination pour 60 % [60] des patients (n = 967). Malgré les 40 % de valeurs manquantes, nous observons – parmi les personnes enquêtées – que pour la plupart des vaccins, au mieux un quart des patients ont été vaccinés (4 % sont certains d'avoir été vaccinés et 20 % pensent l'avoir été). 38 % sont certains de n'avoir jamais été vaccinés. Dans le cas du vaccin BCG, 17 % des patients ont sans doute été vaccinés.

> Dépistage pour la TB, le VHC, le VHB et le VIH

La moitié des patients ont été interrogés sur les maladies pour lesquelles ils pourraient avoir été dépistés. Parmi ces patients, 12,3 % rapportent avoir été testés pour le VHC, 12,5 % pour le VHB, 13,1 % pour le VIH, et 11,2 % pour la tuberculose. Les résultats d'environ cent tests ont été rapportés pour chaque pathologie. Nous observons une prévalence de tests positifs au VHB de 4,8 %, au VHC de 1 % et au VIH de 0,9 %.

> Symptômes et diagnostics

Les patients vus dans les unités mobiles ont, contrairement à ce qui s'observe au niveau des soins de santé primaires en général, de fréquents problèmes dermatologiques (19 % du nombre total de patients) et, dans une moindre mesure, de plus fréquents problèmes neurologiques (7 %). Ces fréquences plus importantes sont peut-être liées aux caractéristiques de la population vue dans les deux unités mobiles (hommes, jeunes et sans-abri). À l'inverse, les problèmes psychologiques semblent sous-déclarés par les patients et les médecins ; la prévalence de 1,3 % semble très faible, comparée à ce à quoi l'on pourrait s'attendre pour une telle population. Les diagnostics liés à des blessures ou à des accidents représentent 4,4 % de tous les diagnostics et 3,7 % des patients.

Patras

60 Les unités mobiles grecques ont apporté beaucoup plus d'informations sur les vaccinations que les centres d'accès aux soins dans cinq villes.

Se brûler la main pour éviter les empreintes digitales…

Impact du Règlement Dublin II

En conformité avec le Règlement Dublin II, une demande d'asile ne doit être examinée que par un seul État membre de l'UE [61]. Les États membres doivent déterminer quel État membre est responsable de l'instruction d'une demande d'asile sur son territoire sur la base de critères objectifs et hiérarchiques.

Tout État membre peut décider d'instruire une demande d'asile, même si une telle responsabilité ne lui incombe pas en vertu des critères du Règlement Dublin II. Lorsqu'un État membre considère que la demande d'asile devrait être examinée par un autre État membre, il a trois mois pour demander à l'État membre de reprendre le demandeur d'asile. La réadmission est implicitement accordée après une période de deux mois [62]. L'État non responsable de la demande a six mois pour compléter le transfert du demandeur. Cela signifie que le demandeur d'asile peut rester onze mois dans un pays sans savoir s'il pourra ou non y rester.

Les principales conséquences du Règlement Dublin II sont que les potentiels demandeurs d'asile ne peuvent plus choisir auprès de quel pays ils effectueront leur demande d'asile, et sont exposés à plus d'instabilité et de vulnérabilités [63]. Les situations varient d'un pays à l'autre. Dans certains pays, les demandeurs d'asile qui tombent sous le coup du Règlement Dublin II pourraient être éligibles à une allocation temporaire d'attente (ATA), un permis de travail, un accès immédiat à la couverture maladie, et même un logement, alors que dans d'autres ils peuvent se voir garantir très peu de droits, voire aucun !

Sans logement stable, il est très difficile ou impossible pour les enfants d'être scolarisés de façon régulière.

L'état d'incertitude et d'instabilité dans lequel vivent certaines personnes qui tombent sous le coup du Règlement Dublin II est tel qu'il s'avère difficile pour eux de se remettre d'un trauma passé.

Lorsque malgré toutes les difficultés, grâce à des solidarités familiales ou autres, ces personnes arrivent à « se poser » (par exemple en étant hébergées par des tiers), c'est en général au moment où un début d'intégration se fait jour (apprentissage de la langue du pays d'accueil, scolarisation des enfants…) qu'une nouvelle rupture intervient, aggravant ainsi leur vulnérabilité.

Témoignages de patients sur leur situation

« Le programme auprès des migrants du littoral Nord-Pas-de-Calais de MdM a vu R. pour la première fois le 15 mars 2011 dans son unité mobile. Nous avons parlé alors qu'il attendait son tour devant l'ambulance ; la discussion s'est poursuivie la semaine suivante. Il a expliqué qu'il avait déjà fait un séjour en Angleterre mais avait été renvoyé en Italie six mois plus tôt, dans le cadre de la procédure Dublin II, lorsqu'il avait fait une demande d'asile. Déprimé et vivant dans des conditions très précaires, il avait commencé à prendre des drogues (crack, héroïne) pour échapper à la réalité quotidienne, nous a-t-il expliqué. Sa famille l'a appris et a coupé tout contact avec lui. Il a expliqué que l'usage de drogues était un tabou dans sa culture, et qu'il était un déshonneur pour sa famille. Il a expliqué qu'il ne pouvait plus retourner en Syrie, car il y serait menacé de mort (crime d'honneur). »

R., 21 ans, Syrien kurde, août 2011.

« Un couple et leurs trois enfants (âgés de 3, 6 et 13 ans) ont fui les persécutions en Tchétchénie. Leur parcours de migration traversait la Pologne. Une fois arrivés en France, ils voulaient s'installer à Nice, où ils avaient de la famille qui avait fait une demande d'asile politique. La préfecture de Nice a refusé d'enregistrer leur demande d'asile et a demandé que la Pologne les reprenne. Ils ont obtenu un accord administratif d'hébergement mais aucun logement ne leur a été proposé, car ils n'étaient pas considérés comme demandeurs d'asile en France.

La famille a été obligée de se séparer pour éviter de vivre dans la rue. L'aîné des enfants est logé par un camarade de classe. Celui de 6 ans par la famille (cinq personnes vivant dans une chambre d'hôtel meublée). La mère et le plus jeune des enfants restent avec des amis et le père doit trouver un nouvel endroit où dormir chaque jour. Tous ces logements sont bien sûr des solutions bouche-trous qui peuvent disparaître du jour au lendemain.

Pour que leurs enfants restent scolarisés, les parents doivent effectuer des trajets de plusieurs heures par jour en transport public. Déjà affectée par la situation vécue dans leur pays d'origine, la famille n'est plus réunie et se trouve dans un état d'extrême instabilité psychologique et matérielle. Il est facile d'imaginer les conséquences de ce type de situation sur la santé mentale de tous les membres de la famille. »

Centre d'accès aux soins de MdM à Nice, février 2012.

61 Sur un total de 219 557 demandes d'asile enregistrées par Eurodac en 2008, 38 445 demandes étaient des « demandes d'asile multiples ».
62 Voir le Règlement Dublin II, www.europa.eu.
63 Voir les commentaires de l'UNHCR : www.soderkoping.org.ua/page23538.html. et www.unhcr.org/refworld/docid/49c0ca922.html .

LES DEMANDES DU RÉSEAU INTERNATIONAL DE MÉDECINS DU MONDE

Médecins du monde (MdM) mène un projet de plaidoyer pour la promotion de la santé à l'échelle européenne. Nous souhaitons travailler avec les membres du Parlement de l'Union européenne, les institutions de l'UE, l'OMS, le Conseil de l'Europe, les organisations de professionnels de santé, les coalitions et les organisations d'auto-support de personnes atteintes du VIH/sida et des hépatites, d'étrangers sans papiers et de groupes similaires.

En travaillant ensemble, nous pourrons réussir à obtenir l'application concrète d'un droit humain fondamental : celui de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint.

Le réseau international de Médecins du monde a un objectif fondamental :

> Obtenir des systèmes publics de santé nationaux fondés sur la solidarité, l'égalité et l'équité, ouverts à toutes les personnes vivant dans les États membres de l'UE, plutôt que des systèmes fondés sur une logique de profits.

La solidarité entre ceux qui sont en bonne santé et ceux qui sont malades, entre les riches et les pauvres.

L'égalité de soins inhérente à l'égalité d'accès à tous les services.

L'équité : les individus contribuent conformément à leurs moyens et ont accès aux soins de santé conformément à leur besoin.

Nous pensons qu'il est inacceptable d'exclure quiconque de l'accès à la prévention et aux traitements pour des raisons de statut administratif ou de capacité financière.

Toutes les études ont montré que laisser un reste à charge aux patients ne pousse pas les gens à agir de façon plus responsable lorsqu'il s'agit de dépenses de santé, tout simplement parce que ce ne sont pas eux qui prescrivent les soins. Un système où une partie des frais est supportée par le patient lui-même détériore l'accès aux soins de santé pour les plus pauvres et les groupes les plus vulnérables de la société. Cela incite au renoncement aux soins et au recours tardif aux soins. Sur le long terme, refuser les soins de santé coûte plus cher que dispenser un accès gratuit.

Le Niger, la Sierra Leone et Haïti, trois des pays les plus pauvres au monde, essaient de promouvoir l'accès gratuit aux soins pour les femmes enceintes et les enfants âgés de moins de 5 ans. Pourquoi donc serait-il acceptable, dans l'Union européenne, l'une des régions les plus riches du monde, d'exclure les femmes enceintes des soins prénataux et de ne pas dispenser à tous les enfants la protection des vaccins ?

Les professionnels de santé considèrent la discrimination à l'accès aux soins inacceptable. Cela va à l'encontre de leur code éthique selon lequel :

« […] Toute personne a le droit de recevoir, sans aucune discrimination, des soins médicaux appropriés. […] Les médecins et autres personnes ou organismes concernés par la prestation des soins de santé ont la responsabilité conjointe de reconnaître et de défendre ces droits. Lorsqu'une législation, une mesure gouvernementale, une administration ou une institution prive les patients de ces droits, les médecins doivent rechercher les moyens appropriés de les garantir ou de les recouvrer[64]. »

C'est la raison pour laquelle les principales instances représentant les professionnels de santé ont signé la Déclaration européenne pour un accès aux soins sans discrimination[65] qui demande, entre autres, que les professionnels de santé soient en mesure de déterminer, en toute circonstance, le type et le niveau de soins dont les patients ont besoin, en utilisant comme critère unique leur jugement clinique, sans tenir compte du statut administratif du patient. De plus, dans l'éventualité où les individus sont dans l'incapacité de payer, les fonds publics doivent prendre en charge le paiement des soins de santé. Les professionnels de santé appellent au retrait de tous les obstacles institutionnels qui les empêchent de dispenser des soins de santé aux groupes précaires, y compris aux étrangers sans papiers.

Il existe une corrélation évidente et forte entre le revenu d'un individu et sa santé. La pauvreté engendre une mauvaise santé[66]. À plus large échelle, des études ont démontré que plus une société est inégalitaire, plus la santé y est mauvaise.

Une mauvaise santé est la principale cause de pauvreté. Elle peut rapidement faire basculer les gens dans la pauvreté, tout particulièrement ceux appartenant aux classes inférieures de l'échelle socio-économique qui n'ont pas d'assurance maladie ou d'économies suffisantes pour couvrir eux-mêmes les frais de santé.

64 Déclaration de Lisbonne de l'AMM sur les Droits du Patient, Préambule, www.wma.net.
65 Déclaration européenne des professionnels de santé pour un accès aux soins sans discrimination, *op. cit.*
66 Salway S, Platt L, Chowbey P, Harriss K, Bayliss E, « Long term ill-health, poverty and ethnicity », Fondation Joseph Rowntree, www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/1995-health-ethnicity-poverty.pdf p.3

Les répercussions financières de problèmes de santé inattendus et graves maintiennent les personnes pauvres dans la pauvreté. Les factures médicales pouvant être exorbitantes, elles épuisent rapidement toute ressource financière qui aurait pu être mise de côté[67].

Pour toutes ces raisons, **les politiques de santé de chaque État membre de l'UE devraient avoir comme objectif principal de garantir l'accès aux soins de qualité pour toutes les personnes résidant dans un pays de l'UE et la réduction des inégalités sociales de santé.**

Une politique de santé publique ne peut être efficace que si elle inclut tous ceux vivant dans sa zone géographique, et ne devrait exclure aucune des populations les plus vulnérables, déjà les plus difficiles à atteindre. Cette logique devrait également être celle des politiques en matière de vaccination et celles ciblant la prévention et le traitement de maladies infectieuses.

> Promouvoir une politique européenne de santé publique cohérente pour la prévention et le traitement des maladies infectieuses

La pandémie actuelle de rougeole, qui sévit en Europe depuis 2010, frappe de plein fouet les populations marginalisées non vaccinées. Une proportion importante d'enfants résidant dans l'UE n'ont toujours pas accès à la vaccination, soit parce que ce sont les enfants de parents sans papiers, de demandeurs d'asile, de Roms… ou parce qu'ils vivent dans des pays où il n'existe pas de politique en faveur d'une vaccination systématique et gratuite.

- De ce fait, nous encourageons l'UE à fournir un accès gratuit à la vaccination et à en faire une priorité pour toutes les populations précaires de l'Union européenne.
- Dans le cas du VIH et des hépatites B et C, il existe des programmes européens qui ciblent bien les groupes à risques au sein de la population générale, y compris ceux qui sont les plus difficiles à atteindre. Aujourd'hui, cependant, ces programmes se limitent à la simple prévention. De nombreuses études nationales et européennes conduites sur le dépistage du VIH ont montré que **lorsque l'accès au traitement n'est pas garanti, les personnes ne se font pas dépister.** Notre propre recherche (en 2006 et 2008[68]) démontre que les pays où le nombre de personnes qui se font dépister pour le VIH est le plus bas sont les deux pays où le traitement VIH pour les étrangers sans papiers n'est pas inscrit dans la loi et/ou n'est pas gratuit : le Royaume-Uni et la Suède. De plus, **il est aujourd'hui largement reconnu que l'accès aux antirétroviraux a des effets positifs considérables tant pour le traitement que pour la prévention**.
- Certaines populations qui présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité comme les sans-abri, les personnes sans permis de séjour et les Roms sont fréquemment exclues, ou reléguées au second plan des campagnes de réduction des risques, de dépistage ou de traitement.

Nous demandons à l'Union européenne de garantir que toute personne vivant dans l'UE soit incluse dans les programmes de prévention, de dépistage et de traitement. Nous réaffirmons la nécessité d'une convergence des politiques européennes à l'égard des programmes de lutte contre le VIH et les hépatites, étant donné que ces pathologies sont souvent des comorbidités.

> Nous demandons une véritable protection des étrangers gravement malades qui n'ont pas accès à des soins appropriés dans leur pays d'origine

Pendant le débat sur la « directive retour » (2004-2008), les députés européens ont voté des mesures visant à protéger les étrangers gravement malades de l'expulsion. Le Conseil européen a malheureusement voté contre cet amendement. Nous souhaitons réintroduire l'amendement[69] qui se lit comme suit :

« Les États membres accordent un titre de séjour autonome ou toute autre autorisation conférant un droit de séjour pour des motifs humanitaires, à moins qu'il puisse être prouvé que la personne en question est à même de recevoir un traitement et des soins appropriés dans son pays d'origine. »

Le Réseau international de Médecins du monde demande instamment à l'Union européenne de développer des moyens de protéger les étrangers sans papiers gravement malades de l'expulsion vers des pays où ils n'auront aucun accès aux soins. Protéger ces individus et leur octroyer l'accès à des soins appropriés éviteront la détérioration sérieuse de leur santé et leur mort éventuelle.

Médecins du monde, en partenariat avec les professionnels de santé travaillant en Europe, et avec des plateformes d'ONG dans le domaine de la santé, appelle à une politique de santé publique inclusive. Dans l'UE, l'accès à la prévention et aux soins, la réduction des inégalités sociales et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé doivent servir de principes directeurs pour l'élaboration des politiques de santé afin que toute personne puisse jouir effectivement d'un des droits humains fondamentaux : le droit à la santé.

[67] « Sick and Tired: Climbing Out of the Health-Poverty Trap », Ifpri, 2009, www.ifpri.org.
[68] « Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour », *op. cit.* ; et « L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe », *op. cit.*
[69] Rédigé par le Réseau international de Médecins du monde et l'association italienne Naga (www.naga.it).

> Quand tout va mal…

Témoignage d'une patiente sur sa situation

« Mes problèmes ont commencé en Iran lorsque je suis tombée enceinte. Je n'étais pas mariée. Dans mon pays, c'est un crime, et une grave offense pour la famille. Mon fils est né sans droits. Il n'a pas reçu de nationalité. Il n'existait pour ainsi dire pas dans mon pays, il était apatride. Ça n'intéressait personne de nous aider, ni moi ni le bébé. Le père de mon enfant était un homme violent, qui avait subi des horreurs en Afghanistan. J'avais peur et j'ai décidé de m'enfuir avec mon fils. En 2004, nous avons quitté mon pays pour rejoindre la Turquie. De là nous sommes partis en Grèce. En 2006, nous sommes arrivés en Italie. Nous ne pouvions compter que l'un sur l'autre pendant tout ce temps, et avions toujours peur. Mon fils a de ce fait mûri très vite. En Italie, j'ai fait une demande d'asile politique, cela a pris du temps mais nous avons finalement été acceptés. Toutes ces années, je n'avais pu parler à personne de mes sentiments de tristesse et de peur. La seule personne qui m'entourait était mon fils. Je n'ai pas eu la chance de voir un médecin ou un psychologue.

Une fois que nous avons été acceptés dans le pays, nous avons commencé à chercher un endroit où nous installer. J'ai rencontré quelques hommes, qui m'ont proposé de s'occuper de moi. Ils nous ont offert un endroit où dormir et de quoi manger. Au début, nous étions soulagés, mais j'ai ensuite réalisé que quelque chose clochait. Ils étaient impliqués dans des affaires criminelles, j'ai compris plus tard qu'il s'agissait de la mafia. Ils sont devenus violents avec moi et nous ont menacés de mort. Ils m'ont dit que si je partais, ils me chercheraient, me retrouveraient et me tueraient. Nous avons eu si peur, je n'arrivais pas à penser clairement, mais nous avons réussi à partir.

J'ai obtenu le contact d'un Iranien à Munich, par le biais d'un ami que j'avais rencontré en Italie. Il y a trois mois, je suis arrivée à Munich. Depuis, cet homme prend soin de moi. J'ai mis plus de temps à lui faire confiance après tout ce qui nous était arrivé. Mais nous n'avons pas eu d'autre choix, nous n'avions nulle part où aller. J'ai peur d'aller dans la rue, car la mafia pourrait nous trouver. Je ne me sens jamais assez en sécurité pour dormir. Mon fils ne peut même plus compter les pays dans lesquels il a vécu. Il doit encore changer d'école, car nous déménageons. Il pleure très souvent… je crois qu'un peu de repos nous ferait du bien.

Le médecin que j'ai vu au centre d'accès aux soins de MdM m'a donné des cachets et a dit que j'étais déprimée et que j'avais des problèmes d'anxiété, et qu'il me faudrait parler avec quelqu'un de mes sentiments de façon régulière. J'ai donc rencontré la psychologue que le centre d'accès aux soins a contactée, et lui ai raconté mon histoire. Elle a dit que j'avais de graves problèmes de santé mentale, que j'étais traumatisée et que mon état empirerait si je retournais en Italie. Mais mon fils et moi-même serons prochainement expulsés vers l'Italie puisque mon permis de résidence délivré en Italie n'est pas valable en Allemagne. Je suis donc obligée de retourner en Italie et de m'adresser aux autorités pour leur raconter mes problèmes. Mais ils ne sont pas en mesure de me protéger des hommes qui me recherchent en Italie, et je n'ai personne de confiance là-bas. Je ne pourrai pas rencontrer un psychologue de façon régulière là-bas, car les listes d'attente sont longues, et nous vivrons toujours dans la peur. Je ne comprends pas pourquoi on m'oblige à vivre dans un pays où des gens me menacent, et où mon état va empirer ; je ne me sens pas assez stable pour y retourner. Que je vive en Iran ou en Italie ne fait plus de différence pour moi aujourd'hui, je n'ai aucune chance d'être heureuse dans aucun des deux pays.

Les juristes essaient de faire reconnaître mon statut en Allemagne, car j'ai trop peur de retourner en Italie. J'espère pouvoir rester à Munich, pour permettre à mon fils de fréquenter la même école pendant quelques années. »

Mme. Y., 33 ans, femme iranienne vivant en Allemagne, décembre 2011.

© Christina Modolo

Arbre de Noël fabriqué à partir de boîtes de lait à Athènes, ensuite distribuées aux patients pauvres par MdM Grèce. Décembre 2011.

Nous voudrions remercier tous les patients qui ont participé en acceptant de répondre à nos questions, et toutes les personnes qui travaillent sur le terrain, qui ont rencontré les patients et les ont soignés.

Merci à tous les acteurs de MdM qui ont fourni des informations et un retour pour ce document.

Auteurs :

Dr Pierre CHAUVIN,
M.D., épidémiologiste et directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), *Unité mixte de recherches en santé – UMRS 707, DS3 (Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins)*

Nathalie SIMONNOT,
Réseau international de Médecins du monde

Avec la participation de :
Marie-Camille MESTRE
Dr Hervé BERTEVAS,
Nadège DROUOT,
Carolina FALK,
Agnès GILLINO,
Stéphane HEYMANS,
Christina PSARRA,
Pierre SALIGNON,
Sabrina SCHMITT,
Dr Françoise SIVIGNON,
Marion SOLER,
et Marieke VAN WELIE.

Merci aussi à : Henrik Andersson, Olivier Bernard, Joao Blasques, Bernard Borel, Olivier Cheminat, Jean-François Corty, Christophe De Winter, Michel Degueldre, Ramón Esteso Mesas, Pascale Giron, Alvaro Gonzalez, Marie-Eve Goyer, Nikitas Kanakis, Margreet Kroesen, Angela Oriti, Carla Paiva, Gilbert Potier, Fizza Qureshi, Begoña Santos, Jean Saslawsky, Andreas Schultz, Peter Schwick, Michèle Teule, Eugenia Thanou, Remco Van De Pas, Kathia Vanegmond, Pierre Verbeeren.

Secrétariat de rédaction:
Thérèse BENOIT

Traduction : Clara MESCHIA
L'observatoire international est soutenu par le ministère français de la Santé – la DGS (Direction générale de la Santé – France)

Contact :
Nathalie SIMONNOT,
Réseau international Médecins du Monde
Nathalie.simonnot@medecinsdumonde.net
Tél: +33 1 44 92 14 37

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

Juillet 2012 - Graphisme : Maud Lanctuit - Impression : Prismabel