

LA SANTE DES PERSONNES MIGRANTES

PROBLEMATIQUE DE L'ACCES AUX SOINS

Pour aborder la question de la santé des personnes migrantes, réfugiés et demandeurs d'asile, c'est à partir de mon expérience et surtout comme témoin que je souhaite intervenir.

Après plus de 35 années d'exercice en médecine libérale, j'ai durant deux années de manière alternative avec 4 autres confrères assuré des consultations dans le Centre de Rétention de Sangatte au titre de la Croix Rouge. Puis une fois retraité j'ai poursuivi ce type d'engagement sur Lille à MSL (Médecin Solidarité Lille) durant 15 ans et parallèlement à l'Abej-solidarité (Association Baptiste pour l'éducation de la Jeunesse) durant huit années.

Le Centre d'accueil de Sangatte a été ouvert en 1999 et fermé en 2002. Les personnes venaient de pays en guerre, essentiellement de l'ex Yougoslavie, d'Afghanistan et d'Iran. 65000 y sont passés. La plupart venait dans le but de se rendre en Angleterre. A l'époque la possibilité de s'y intégrer et d'y travailler était beaucoup plus facile. Leur profil était celle de personnes souvent jeunes et diplômées.

Ce centre avait une capacité d'accueil de plus de 2000 personnes et nous consultations dans un porta-cabine accompagnés par deux infirmières. Les pathologies les plus courantes étaient des infections banales, quelques problèmes digestifs ou dermatologiques. Quand il y avait des lésions traumatiques, celles-ci provenaient des blessures

provoquées par les lames de rasoirs fixées sur les grillages, de chutes ou d'agression par les forces de l'ordre ou les vigiles.

L'accès aux soins posait peu de problème et si les pathologies étaient plus graves nous avions un partenariat avec l'hôpital de Calais.

L'avantage de cette structure d'accueil et de son organisation, c'était sa dimension officielle. Des soins étaient proposés et lors de dérives violentes par certains éléments des forces de l'ordre, la possibilité de déposer plainte, via la Croix Rouge était possible.

Actuellement les informations que je recueille sur la situation sanitaire dans ces territoires maritimes sont désastreuses. Les conditions d'hygiène ne sont non seulement pas respectées mais bloquées par les instances politiques locales.

Des maraudes et des aides diverses sont assurés par quelques associations : Utopia, Salam, le Secours Catholique etc... MSF et Médecin du Monde y déploient une équipe mobile formée d'une dizaine de médecins.

Il existe sur Lille de nombreuses associations consacrées à l'accueil. Les plus importantes d'entre elles se sont regroupées sous le sigle du RSL : Réseau solidarité Lille.

Je connais tout particulièrement deux d'entre-elles : Médecin Solidarité Lille et l'Abej, qui de loin sont les plus importantes concernant l'accès aux soins.

C'est vers elles que sont adressées les personnes migrantes par les diverses associations et structures officielles.

Médecins Solidarité Lille existe depuis plus de 28 ans. Sa particularité est d'offrir aux personnes n'ayant aucun droit aux soins la possibilité à la fois d'être soignées et accueillies par une équipe composée d'assistants sociaux, d'infirmières, de médecins généralistes ou spécialistes et de dentistes. La plupart des personnes intervenantes sont bénévoles et les traitements sont donnés par la pharmacie du centre gérée par des pharmaciens bénévoles et alimentée par PHI...

Plus de 12000 personnes y sont accueillies chaque année. Près de 10 000 consultations dont 9000 consultations en médecine générale et 280 en psychiatrie sont assurées. Plus de 99 nationalités y sont représentées. 84% d'entre-elles vivent dans un logement précaire ou sont à la rue !

Si au départ quelques médecins et infirmières faisaient fonctionner ce centre, c'est actuellement 51 personnes bénévoles et 8 salariés qui y contribuent.

Des partenariats ont été établis avec le CHU de Lille qui est géographiquement proche et aussi avec un hôpital privé : Saint Vincent ainsi qu'avec le Centre des maladies infectieuses du Centre Hospitalier de Tourcoing.

Quand la personne migrante a pu obtenir son accès légal aux soins par le biais de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou le PUMA, elle est adressée aux confrères de ville.

Lors de situations complexes, soins après hospitalisation par exemple, des lits haltes soins santé, en nombre hélas limités, offrent la possibilité de poursuivre les soins de manière plus confortable et plus digne que de rester à la rue.

L'Abej, est une autre structure très importante sur la métropole. Elle a été créée il y a plus de trente ans par quelques membres de l'église Baptiste de Lille avec un bus à deux étages destiné à accueillir et soigner les personnes SDF près de la gare de Lille.

C'est maintenant une structure animée par de plus de 400 personnes salariées et de 200 bénévoles.

Elle est composée de nombreux bâtiments destinés à accueillir, loger et soigner, à la fois les personnes à la rue mais aussi beaucoup de personnes migrantes. Elle participe à de nombreuses maraudes.

Une des particularités dans les lieux d'accueil est de privilégier le salariat aux personnes d'origine étrangère, ce qui est un atout considérable pour atténuer les difficultés liées aux problèmes linguistiques.

Sur la métropole Lilloise plus de 3000 personnes vivent à la rue ou en squat, dont de très nombreuses femmes et enfants.

Si à MSL nous voyons d'une certaine manière les primo-arrivants, à l'Abej, il y bien sûr aussi cette catégorie mais hélas celles et ceux qui s'inscrivent dans la durée à la suite d'un parcours fait de rejets souvent d'ordre administratif et dont les dégradations physiques et psychologiques ne font que s'aggraver.

Grâce aux réseaux et la connaissance mutuelle entre associations, la prise en charge des soins pour les personnes migrantes est possible. Demeure la difficulté permanente de trouver de nouveaux bénévoles pour assurer la continuité de ces services, et aussi l'argent, surtout si l'AME disparaissait. Il reste de toute manière l'immense difficulté de trouver un logement. Les appels au 115 sont non seulement saturés mais les propositions de logement des plus limitées.

Voici de manière pratique comment se passe l'accès aux soins à MSL :

L'accueil social permet de repérer des obstacles aux soins afin de les lever si le cadre de la loi le permet. Le lien avec la CPAM du secteur est un appui indispensable pour le suivi des dossiers et la connaissance de l'avancée des demandes.

Depuis 4 ans, COALLIA (opérateur national du premier accueil des demandeurs d'asile) est la plateforme dédiée à l'enregistrement des demandes d'asile, de ce fait les demandes PUMA et CSS effectuées par MSL ont diminué car COALLIA est en charge de la constitution des dossiers.

Chaque personne souhaitant trouver refuge en France est reçue par un travailleur social qui enregistre et organise le rendez-vous en préfecture. Une attestation de demande d'asile est alors délivrée ; après trois mois de présence en France, la personne retourne à COALLIA pour sa demande de couverture sociale.

De ce fait la couverture maladie de base des nouveaux patients à MSL est : aucune pour 92%, 7% pour PUMA, 1% pour AME.

Quelques définitions :

L'AME

L'Aide Médicale de l'Etat est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence stable depuis au moins trois mois et de ressources. Une fois attribuée, l'AME est accordée pour un an. Le renouvellement doit être demandé chaque année.

LA PUMA

Remplaçant la CMU de base, la PUMA (Protection Universelle Maladie) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Elle concerne toutes les personnes (Quelques soit leur nationalité), qui travaillent ou résident en France de manière stable. Elle garantit une prise en charge continue des frais de santé par l'Assurance Maladie.

Il existe également un système de mutuelles, l'Assurance Maladie ne remboursant que partiellement les dépenses de santé (70%).

Mais la procédure est plus complexe et seulement 33% de migrants pouvaient en bénéficier dans nos statistiques.

La mission sociale de MSL en dehors du soin est d'accompagner les personnes dans leur demande de couverture sociale et ensuite de les orienter en médecine de ville.

Lors de leur première consultation, 33% des personnes peuvent prétendre à la PUMA, et 22% à l'AME.

Les freins de l'accès aux soins

Le manque d'informations

Barrière de la langue, méconnaissance du système administratif français des plus complexe, Illettrisme.

L'accès au service public

Dématérialisation des démarches, plus d'accueil sans rdv, appel tel à la CPAM payant, saturé...

La première demande d'AME doit être physique, CPAM autonome et exigeance différente d'un département à l'autre, la peur et le coût d'un déplacement.

L'accès aux droits de santé

Formulaires complexes, pièces perdues par la CPAM, perte de documents d'identité, évaluation des pièces plus rigide et délais rallongé, récépissés et titres de séjour très longs à obtenir par la préfecture.

L'accès aux soins

L'absence de domicile, se soigner n'est pas la priorité des patients.

Malgré l'ouverture des droits, les lieux de prise en charge sont difficiles d'accès, les urgences et la médecine de ville étant saturée, il leur est difficile de sortir des dispositifs dédiés aux publics précarisés.

Conséquences

Difficulté à se projeter dans l'avenir

Perte d'estime de soi

Violence sur soi et sur les autres

Souffrance psychique et démission sociale

Aggravation de certaines maladies...

En conclusion

Les populations migrantes ne sont pas vecteurs de propagation de pathologie importée.

Les obstacles administratifs à l'accès aux soins et financiers, si l'AME est supprimée ou restreinte, peuvent créer et induire de véritables pathologies soit d'ordre psychiatrique, soit d'ordre infectieuse si un frein est posé dans l'accès aux soins.

Cette population est globalement jeune, volontaire et en bonne santé.

Elle apporte dynamisme par sa jeunesse, enrichissement culturel par sa diversité, enrichissement matériel par sa volonté d'intégration et de travailler.

Elle ne doit plus être vue comme une problématique à résoudre ou un danger dont la société doit se protéger.

Y faire obstacle c'est sombrer dans un appauvrissement matériel et culturel inéluctable.

L'accueillir, c'est nous enrichir humainement.

Dr. F. MERCKAERT

EN ANNEXE

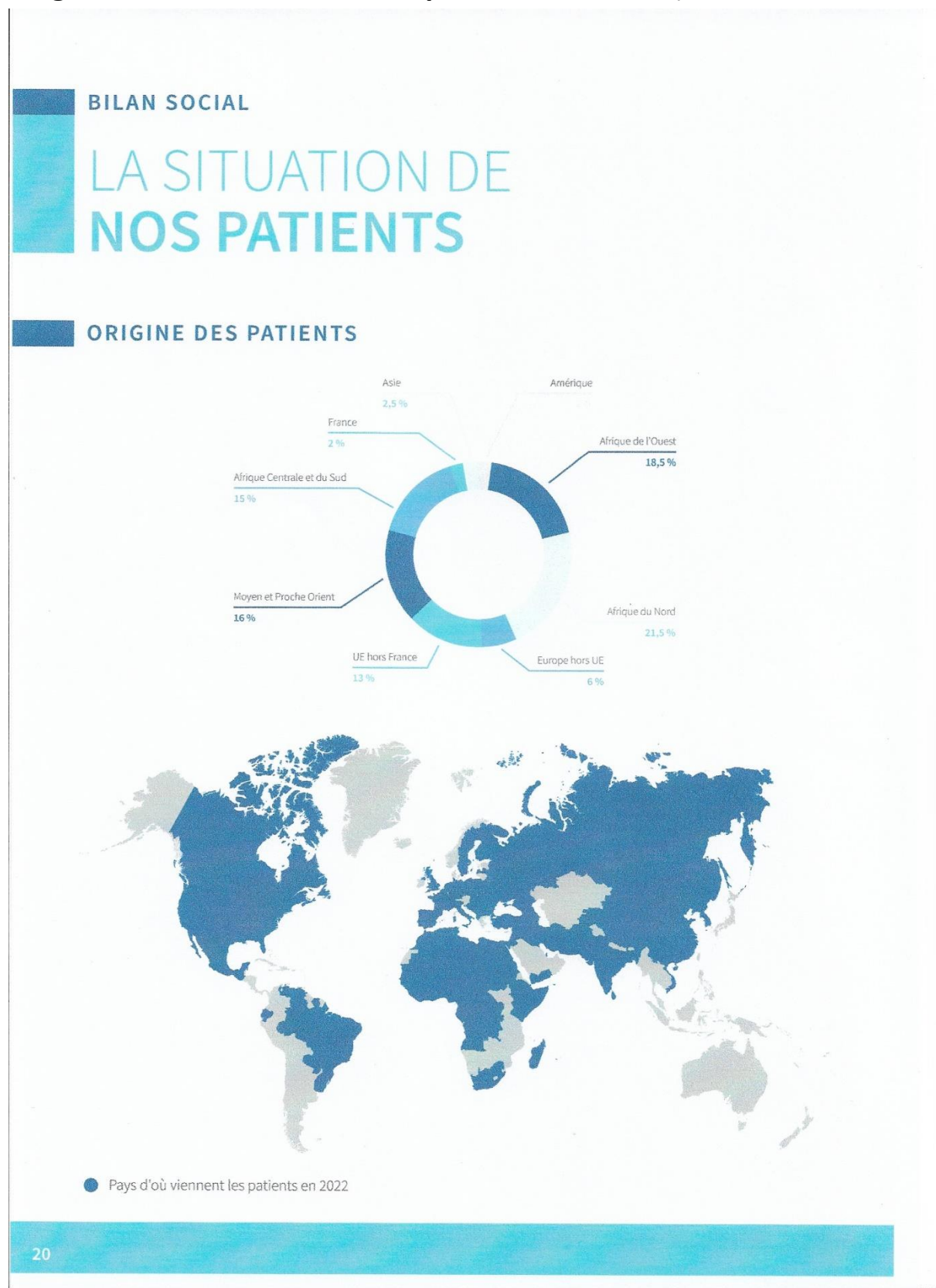
Flash rapide sur les populations rencontrées à MSL :

5 tableaux

Ces différents tableaux sont empruntés au bilan annuel de l'association. Ici pour 2022.

L'intégralité se trouve sur le site officiel en ligne de MSL

Origine des patients (tableau 1)

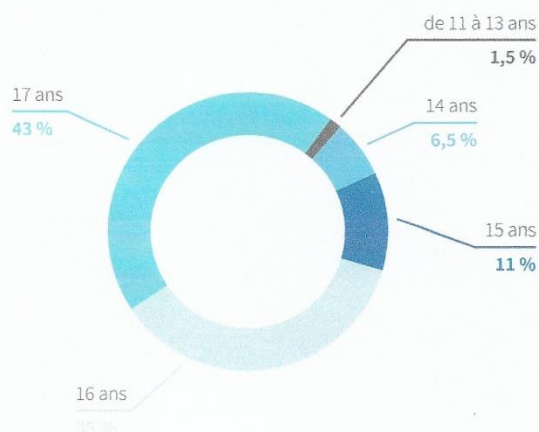


Les MNA, Age et origine géographique (tableau 2)

LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

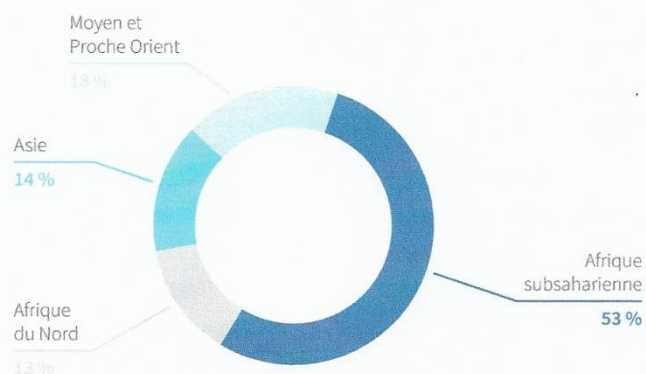
MSL a accueilli 323 nouveaux MNA sur l'année 2022, soit 126 de plus qu'en 2021.

Âge des MNA :



63 % des MNA reçus en 2022 sont des garçons. Sur l'ensemble des MNA, plus de la moitié vient d'Afrique Subsaharienne (160) ; 54 du Proche et Moyen Orient, 44 d'Asie, 40 d'Afrique du Nord.

Origine des MNA :



Logements (tableau

3)

BILAN SOCIAL

LA SITUATION DE
NOS PATIENTS

LOGEMENT

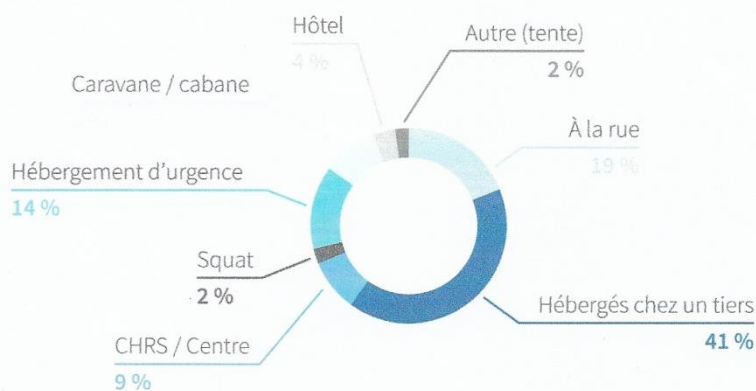
16 % de nos patients ont déclaré vivre dans un logement durable (en légère baisse comparé à 2021).
C'est-à-dire de manière indépendante, sur du long terme.

Les conditions de logement de nos patients en 2022 :



84 % des patients vivent dans des conditions précaires.
Parmi ces personnes, celles qui sont à la rue représentent un peu plus de 19 %.

Focus logement précaire et à la rue :



Pathologies (tableau

4)

	2021	2022	% pathologie	Évolution 2021/2022	Commentaires
Psychiatrie	973	859	7%	-12%	117 psychose, 205 anxiété, 156 dépression, 54 addicto
Osteo-articulaire	946	1 156	9%	22%	376 traumato, 779 rhumato
Gynécologie	1 235	1 570	13%	27%	862 grossesses
App respiratoire - ORL	737	954	8%	29%	617 ORL, 335 pneumo
Gastro	790	750	6%	-5%	
Pédiatrie	734	875	7%	19%	240 MG + 455 PDM + 180 bidonville
Cardio	666	817	7%	23%	
Dermatologie	712	857	7%	20%	
Endocrino	561	735	6%	31%	dont 465 diabète
Maladies infectueuses	803	621	5%	-23%	223 covid, 160 depist Hépat B&C, 60 depist VIH, 13 depist IST
Stomato-dentaire	603	637	5%	6%	
Uro-nephro	239	316	3%	32%	
Neuro	246	223	2%	-9%	
Ophtalmo	207	189	2%	-9%	
Hémato	145	165	1%	14%	
Divers	1 018	1 474	12%	45%	dont 917 Bilan&depist, 228 certif, 69 cancer
Total	10 615	12 197		15%	

Les pathologies sont superposables à celles rencontrées en médecine générale de ville, avec cependant quelques caractéristiques :

- Pathologies prises en charge souvent à un stade plus avancé avec des complications en raison du recours tardif aux soins et aux nombreuses ruptures de suivi.
Exemple rupture totale de traitement chez certains diabétiques qui nécessite alors une hospitalisation d'urgence.
- Multiples maux exprimés lors de la visite.
- Consultations plus longues en raison de la barrière de la langue, des multiples pathologies, du temps nécessaire à la prise de connaissance du dossier pour les nouveaux patients, de la délivrance du traitement en fin de consultation et de la nécessité d'une transmission à l'équipe infirmière M.S.L. et aux partenaires concernés par la situation.
- Troubles psychiques très fréquents.
- Les pathologies infectieuses de type VHC, VHB et VIH sont plus fréquentes.

LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Elles concernent 7 % des consultations soit 859 consultations.

Une partie des consultations est réalisée par l'équipe de santé mentale : Diogène, constituée d'un psychiatre, d'infirmiers psychiatriques et d'une psychologue. L'équipe consulte 3 à 4 demi-journées par semaine à M.S.L. et permet ainsi une prise en charge médicale des patients en souffrance psychique.

En consultation de médecine générale, la souffrance psychique peut être le motif de la consultation ou peut s'exprimer dans un deuxième temps au cours de celle-ci, ou encore, juste en dernier mot ou à demi-mot à la fin de l'entretien. Elle nécessite de la part du médecin de l'écoute, du temps et de l'empathie pour que le patient puisse exprimer sa souffrance et être orienté au besoin.

La barrière de la langue et de la culture, les urgences de survie, la culpabilité, les craintes, l'impossibilité de « dire » peut empêcher le récit et l'expression de la souffrance. Les chiffres sous-estiment celle-ci.

La fréquence élevée des **troubles anxio-dépressifs** est liée aux événements de vie et à l'histoire des patients, notamment celle des migrants. Ruptures, deuils, violences, séparations, isolement, déracinement, espoir déçu par la non régularisation, le rejet, l'extrême précarité en France...). Les troubles sont quelquefois majeurs et vont jusqu'au désir ou la tentative de suicide.

93 patients souffraient d'un syndrome de stress post traumatique (79 en 2021) après avoir vécu des situations violentes dans le pays d'origine ou au cours de leur parcours migratoire. Deuils dans un contexte violent, viols, tortures, séquestrations, esclavage moderne, noyade d'un proche lors du passage de la mer méditerranée...

La grande majorité arrivaient de pays étrangers en conflit :

- 65 % Afrique subsaharienne dont 22 % de Guinée
 - 8 % Afghanistan
 - 20 % Algérie
 - 4 % Europe de l'Est
-
- 55 % étaient en demande d'asile dont la moitié dublinés
 - 13 % étaient en situation irrégulière (souvent déboutés du droit d'asile)
 - 20 % de Mineurs Non Accompagnés
 - 33 % sans hébergement et 26 % en hébergement d'urgence.

