

Synthèse du Rapport de l'Observatoire de 2017

LES LAISSÉS POUR COMPTE :

L'échec de la couverture santé
universelle en Europe

EUROPEAN
NETWORK
TO REDUCE
VULNERABILITIES
IN HEALTH



UCL





SYNTHÈSE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2016 EN CHIFFRES

CEUX ET CELLES QUE NOUS AVONS RENCONTRÉS

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

VULNÉRABILITÉS EN SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS

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

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

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

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

ACCÈS AUX SOINS

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

ÉTAT DE SANTÉ

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

22,2%

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

89%

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

55,2%

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

RECOMMANDATIONS

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

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

POUR LA SANTÉ ET LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

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

Institutions européennes

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

Gouvernements nationaux

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

- S'engager solennellement à établir une couverture santé universelle, conformément à l'ODD 3 et aux priorités de l'OMS.
- Prendre les mesures préconisées par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans ses *Observations finales*.¹⁰

POUR L'ACCÈS AUX SOINS

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

Institutions européennes

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

Gouvernements nationaux

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

POUR LA PROTECTION SOCIALE ET LES CONDITIONS ÉCONOMIQUES

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

Institutions européennes

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

Gouvernements nationaux

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Institutions européennes

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

Conseil de l'Europe

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

Nations Unies

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

Gouvernements nationaux

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

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

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

Institutions européennes

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

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

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

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

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



RAPPORT DE L'OBSERVATOIRE 2017

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

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

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

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

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

Contact

Anna Miller, Responsable Plaidoyer et Politique GB, Médecins du Monde Grande-Bretagne
AMiller@doctorsoftheworld.org.uk / Tel.: +44 (0) 20 71675789 (ext. 7024)



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