

## Les étrangers dans les consultations des centres de soins gratuits

Andrée MIZRAHI<sup>1</sup> et Arié MIZRAHI<sup>1</sup>

### Résumé

Les patients des CSG, présentent de grandes disparités, aussi bien du point de vue de leur origine que de leurs conditions de vie. On peut cependant trouver quelques similitudes :

- la proportion de femmes est plus forte parmi les patients étrangers, qui de ce fait ont plus souvent un environnement familial ; les patients français, plus fréquemment des hommes seuls, sont plus souvent désinsérés,
- absence ou précarité d'emploi et de logement, faible niveau de scolarisation, caractérisent les patients, français comme étrangers, par contre ces derniers bénéficient moins de la législation sociale et sont souvent sans droits,
- la morbidité des patients des CSG n'est pas très différente de celle du reste de la population.

\* \* \*

La crise pétrolière et la montée du chômage qui s'en est suivie a mis en évidence les faiblesses d'un système de protection basé sur l'activité professionnelle. A la perte d'emploi a succédé pour une partie de la population une diminution des ressources, la perte de la protection maladie, parfois même celle d'un logement, des liens familiaux etc. Les pouvoirs publics semblaient incapables de répondre rapidement à ce phénomène, repéré à l'époque sous le terme de « nouvelle pauvreté ».

Dans le domaine de l'accès aux soins, les institutions de soins gratuits existantes (COMEDE, dispensaire d'hygiène mentale, etc.) et les associations caritatives généralistes, dont certaines facilitaient l'accès aux soins des publics en difficultés, n'ont pu faire face à la montée de la précarité. Des équipes de bénévoles animées par des médecins ont créé des centres de soins gratuits (CSG dans la suite du texte), d'accès immédiat, sans débours et sans conditions : REMEDE en 1984, mission France de MDM en 1986, mission solidarité France de MSF en 1987, etc. ; depuis 1993, des consultations dites de précarité ont été créées dans les hôpitaux publics, qui reçoivent les patients démunis, dans les mêmes conditions de gratuité et d'accueil adapté.

Outre la dispensation des soins, ils voulaient aider leurs patients à obtenir ou retrouver une protection sociale et alerter l'opinion et les pouvoirs publics pour que les modifications législatives ou réglementaires nécessaires soient rapidement prises.

On doit, entre autres à ces équipes pionnières les extensions successives des droits à la protection sociale (création du RMI, aide médicale pour les bénéficiaires du RMI, maintien des droits pour les chômeurs inscrits à l'ANPE, extension de la notion d'ayant droit pour les enfants, les co-habitants etc..) qui ont abouti à la création de la Couverture Maladie Universelle,

Avant d'étudier la fréquentation des CSG, rappelons brièvement quelques données sur l'état de santé et l'accès aux soins des étrangers en France.

## Etat de santé et accès aux soins des étrangers en France

---

<sup>1</sup> ARgSES, Arguments socio-économiques pour la santé

Le regroupement de multiples nationalités dans un groupe « étrangers » masque les particularités de chaque nationalité [11] , ils viennent de toutes les parties du monde et ont donc peu de chose en commun, leur répartition par continent ou pays fluctue selon les évènements malheureux qui s'y déroulent ; quelques caractéristiques leur sont cependant communes.

Les étrangers résidant en France sont en moyenne plus jeunes que les français et en meilleure santé, à chaque d'âge et globalement. Ce meilleur état de santé, est vraisemblablement lié à un double effet de sélection, les personnes gravement malades ou handicapées ayant plus de mal à se déplacer pour immigrer<sup>2</sup>, cet effet en quelque sorte « naturel » étant renforcé par une réglementation soumettant l'obtention d'un visa d'entrée à un contrôle médical.

Avant la CMU, la plus grande partie de la population (environ 84 %) était simultanément protégée par la Sécurité sociale et par une couverture complémentaire, mutuelle ou assurance privée, 16 % environ ne bénéficiait que de la couverture obligatoire de la Sécurité sociale, une faible proportion enfin ne pouvait pas faire valoir ses droits à la protection maladie. Les étrangers étaient plus nombreux à ne pas bénéficier d'une couverture complémentaire (42 %) que les français (15 %) [2]. Les personnes démunies pouvaient demander à l'aide médicale (gérée jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2000 par les collectivités locales) et à la Sécurité sociale (fonds d'action sociale) de prendre en charge tout ou partie des soins.

Les étrangers, ont une consommation médicale inférieure à celle des français de 29 % (20 % après redressement par âge et sexe.). Cette moindre consommation médicale résulte d'une dépense de soins de ville particulièrement basse, 42 % inférieure à celle des français (36 % après redressement par âge et sexe) et d'une consommation d'hospitalisation à peu près de même niveau [10].

## La clientèle des centres de soins gratuits

Les patients consultants dans ces centres ont certaines caractéristiques assez proches :

- ce sont majoritairement des hommes, plutôt jeunes, rarement des enfants et très rarement des personnes âgées,
- la plupart vivent seuls, les femmes moins souvent que les hommes,
- la plupart ne travaillent pas,
- plus de la moitié n'a pas de logement stable,
- plus des deux tiers n'ont pas de protection sociale,
- les étrangers sont majoritaires (Cf. tableau 1).

---

<sup>2</sup> *Ainsi, par exemple, du fait des mouvements internes au territoire français, la mortalité des régions d'accueil (midi, villes) est inférieure à la moyenne alors que celle des régions de départ (nord, zones rurales) lui est supérieure.*

Tableau 1 : principales caractéristiques des patients de centres de soins gratuits

	MSF - REMEDE	MDM	APHP consultation précarité	REMEDE dispensaire
Nombre de centres	6	31	8	1
Période d'observation	1990-91	1998	1996	1999
Unité d'observation	nouveaux patients	patients	patients	nouveaux patients
Patients ayant consulté	3 183	35 000		
Nouveaux patients		19 250		1563
% d'hommes	61,7	61,0	70	46,8
% moins de 16 ans	13,3	14,0		13,7
% 40 ans et plus	23,2	25,0*		27,4
% « vit seul »	67,9	63,2*		69,3
% ne travaille pas	81,0	75,0*		82,6
% sans protection sociale	64,1	45,0*	80	81,9
% sans logement stable	58,8	74,2*	45	49,0
% d'étrangers	62,6	68,6	65	84,0
Sources	[9]	[11], [14]	[3]	[13]

\* année 1996 patients majeurs

Les étrangers fréquentant les CSG ne sont en aucune manière représentatifs de la population étrangère en France. De même que les français fréquentant les CSG ne sont pas représentatifs de l'ensemble des français, de même, ils ne sont pas représentatifs de chacune des nationalités auxquelles ils appartiennent ; de plus, la structure même des nationalités est totalement différente. Alors que les étrangers les plus nombreux vivant en France viennent d'Europe du sud et du Maghreb (portugais, algériens, marocains, italiens, espagnols, tunisiens), la clientèle étrangère des CSG vient majoritairement d'Afrique noire francophone.

## La proportion d'étrangers dans les CSG a augmenté.

La proportion d'étrangers varie considérablement d'un centre à l'autre<sup>3</sup>, selon leur implantation, leurs réseaux de correspondants, etc. Ainsi, en 1998 pour les centres de MDM, elle varie de 5 % à La Rochelle à 87 % à Gennevilliers. Compte tenu de cette grande dispersion, les moyennes calculées sur quelques centres sont plutôt indicatrices de tendances. Poursuivant le mouvement observé entre 1986 et 1990 [6], le pourcentage d'étrangers parmi les nouveaux patients augmente au cours du temps, de 62 % en 1990 (MSF, REMEDE), elle atteint 69 % pour l'ensemble des consultants de MDM en 1998 et 84 % pour les nouveaux patients du dispensaire de REMEDE en 1999.

Pour ce dernier centre, la série annuelle montre simultanément une diminution régulière du nombre de nouveaux patients français, (ce qui reflète pour l'ensemble des français une amélioration de la protection maladie) et une quasi stabilité du nombre de nouveaux patients étrangers, d'où l'augmentation au cours du temps du pourcentage d'étrangers parmi les nouveaux patients.

<sup>3</sup> *il n'existe pas de statistique représentative sur la population fréquentant les CSG, et on ne peut que s'appuyer sur des informations partielles donnant des éclairages localisés.*

Les patients étrangers des CSG vivent moins souvent seuls et sont moins marginalisés que les patients français. Ils ont plus souvent un entourage familial et des enfants et vivent plus souvent avec eux. De même, plus de la moitié des nouveaux patients étrangers sont orientés vers le centre par un autre patient, membre de la famille, ami ou connaissance, traduisant la mobilisation d'un réseau interpersonnel, alors que les nouveaux patients français sont orientés majoritairement par des institutions, associations caritatives, services sociaux, hôpitaux etc. Ce moindre isolement des patients étrangers tient en partie à la plus grande proportion de femmes parmi eux, ces dernières vivant plus souvent en couple ou en famille que les hommes.

Les nouveaux patients étrangers habitent plus souvent dans des logements précaires, par contre ils sont moins nombreux à habiter un logement stable ou à vivre dans la rue. La grande majorité des patients des CSG, français ou étrangers, ne travaillent pas, parmi ceux qui travaillent, les étrangers occupent moins souvent un emploi stable que les français.

Les patients étrangers des CSG résident en France depuis longtemps, 40 % sont arrivés en France plus de 3 ans avant leur première consultation au centre et 30 % seulement moins d'un an avant.

Une partie importante de la clientèle des CSG ayant réintégré ou obtenu des droits à la protection maladie, les personnes sans droits ou ayant des droits très difficiles à faire valoir forment maintenant une part importante de cette clientèle ; ainsi selon les centres, entre le tiers et la moitié des patients étrangers sont en situation irrégulière.

## Retrouver ou obtenir des droits à la protection maladie

Sur le plan de l'application de la législation sociale, les écarts sont importants entre patients français et étrangers : ainsi un peu plus de la moitié des patients français ont une protection maladie mais rares sont les patients étrangers qui en bénéficient. De même ils sont moins souvent inscrits à l'ANPE et indemnisés et perçoivent moins souvent le RMI même si la législation sociale est à peu de choses près la même pour les français et les étrangers en situation régulière.

L'absence de couverture sociale est la première cause de consultation dans un CSG, et ce aussi bien pour les nouveaux patients français qu'étrangers, viennent ensuite les difficultés à faire l'avance des frais<sup>4</sup>. Selon la situation des patients et la complexité réglementaire qui s'y rattache, le délai pour obtenir cette couverture peut être plus ou moins long. L'amélioration de la législation sociale semble avoir été appliquée plus rapidement aux français qu'aux étrangers. Ainsi, en 1990, parmi les nouveaux patients des CSG, bénéficiaires du RMI, 29 % des étrangers sont encore sans protection maladie et 21 % des français [7]. De même, en 1994, parmi les nouveaux patients du dispositif médico-social de l'hôpital Saint Antoine (consultation Baudelaire), 70 % avaient obtenu ou retrouvé une protection au bout d'un an ; la moitié des patients français l'ont obtenu en moins de 2 mois et la moitié des patients étrangers au bout de 6 mois environ [3]. Il est beaucoup plus rapide de réactiver une ancienne protection que d'obtenir un nouveau droit, ce qui explique une partie de la différence entre français et étrangers.

## Pathologies et traitements

---

<sup>4</sup> *Rappelons qu'en 1998, 14 % de la population déclare avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières, et que ce taux est double pour les personnes non protégées par une couverture complémentaire, les chômeurs, les RMIstes [2].*

Les patients consultant dans les CSG ne présentent pas de pathologies spécifiques, mais elles sont souvent aggravées par les conditions de précarité dans lesquelles ils se trouvent et sans doute par leur retard à faire appel aux soins.

En 1998, les nouveaux patients étrangers de Remède se caractérisent par un plus fort pourcentage de pathologies digestives, de troubles de la locomotion et de maladies respiratoires que les nouveaux patients français et un moindre taux de maladies psychiatriques, en particulier d'alcoolisme, de maladies cutanées et de traumatismes. Ces différences sont assez proches de celles observées en 1990-91 sur un échantillon plus nombreux. L'importance des maladies cutanées et des traumatismes chez les patients français est liée à la plus forte proportion de sans domicile fixe parmi ces patients.

A l'issue de la consultation, les nouveaux patients étrangers des CSG sont plus souvent que les patients français orientés vers les spécialistes et les examens complémentaires d'imagerie ou de biologie, ils sont par contre un peu moins nombreux à se voir délivrer des médicaments.

Tableau 2 : principales caractéristiques des patients nouveaux patients français ou étrangers  
(en % de nouveaux patients)

	MSF - REMEDE, 1990-91 6 centres		REMEDE, dispensaire 1998	
	Français	Etrangers	Français	Etrangers
Nombre de nouveaux patients	3913	6535	292	1359
Hommes	64,9	59,8	52,4	43,8
Moins de 16 ans	14,6	12,5		
40 ans et plus	29,3	19,6	29,8	26,7
Vit seul	76,2	63,0	75,4	64,7
Logement stable	38,4	42,8	69,7	58,3
Logement précaire	28,9	42,4	23,8	38,2
SDF	32,7	14,8	6,5	3,5
Emploi stable	4,3*	2,3	10,2	2,3
Emploi occasionnel	17,3	13,3	12,9	14,8
Ne travaille pas	78,4	84,4	76,9	82,9
Cherche un emploi			69,2	31,2
Ne cherche pas			30,8	68,8
Inscrit indemnisé à l'ANPE			12,3	2,4
Inscrit non indemnisé			44,4	7,2
Non inscrit			43,3	90,5
Sans protection	42,3	77,2	45,8	90,0
RMI				
Oui	12,3	2,0	19,1	2,8
Non	87,7	98,0	72,2	96,7
En attente			8,1	0,5
Sources	[6], [7], [9]		[13]	

\* année 1990

## Bibliographie

- [1] **ALLA F., SCHLERET Y.**, *La population accueillie et soignée par les centres de soins gratuits de la mission France de « Médecins du monde »* Médecins du monde, Paris, 1996/10.
- [2] **BOCOGNANO A., DUMESNIL S., FREROT L., GRANDFILS N., Le FUR P., SERMET C.**, *Santé, soins et protection sociale , France 1998* CREDES, Paris, 1999/12, (N° 1282).
- [3] **BRÜCKER G., NGUYEN D.T., LEBAS J.**, *L'accès aux soins des personnes démunies à l'Assistance publique- Hôpitaux de Paris*. In **Santé et pauvreté**. Académie nationale de médecine, Paris, 1997, pp 23-39.
- [4] **CARRAT F., GUEZELOT M.**, *Quels facteurs influencent l'accès ou le retour à une couverture sociale ?* In **Précarité et Santé**. Flammarion, Paris, 1998, pp. 251-257.
- [5] **CHAUVIN P., PARIZOT I., GUIGUET M., PECH N., LEBAS J.**, *Trajectoire de précarité, états de santé et accès aux soins* Institut de l'humanitaire, Paris, 1999/2
- [6] **CONG H.Q., DUPAS P., JACOB A., LECOMTE T., LOMBRIL F., LUCIOLI E., MIZRAHI An., MIZRAHI Ar., RAUNA P.**, *Recours aux soins et morbidité des défavorisés*. CREDES, Paris, 1990/1, 1990/6, 7/1992 (N° 830, 874, 927).
- [7] **LECOMTE T., MIZRAHI An., MIZRAHI Ar.**, *Les bénéficiaires du RMI fréquentant les centres de soins gratuits*. CREDES, Paris, juillet 1991, (N° 895).
- [8] **LECOMTE T., MIZRAHI An., MIZRAHI Ar.**, *Recours aux soins et morbidité des personnes sans domicile fixe en région parisienne*. In **Santé et pauvreté**. Académie nationale de médecine, Paris, 1997, pp 57-70.
- [9] **MIZRAHI An., MIZRAHI Ar., WAIT S.**, *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France*. CREDES, Paris, 1993/6, (N° 968).
- [10] **MIZRAHI An., MIZRAHI Ar.**, *Etat de santé et consommation médicale, concentration et disparités*. Communication non publiée, Strasbourg, 1997/3.
- [11] **MONCORGE C., PICARD H.**, *Présentation de la population accueillie et soignée dans les centres de soins de « Médecins du monde »*. In **Santé et pauvreté**. Académie nationale de médecine, Paris, 1997, pp 43-55.
- [12] **TRIBALAT M.**, *De l'immigration à l'assimilation, enquête sur les populations d'origine étrangère en France*. La découverte/INED, Paris, 1996.
- [13] **RAUNA P.** *Rapport d'activité de REMEDE 1999* Document non publié, 2000, communiqué par P. RAUNA.
- [14] **SIMONNOT N.** *Rapport d'activité 1998* Coordination mission France, Médecins du monde 1999/5.