



---

Sous la direction des Drs  
Olivier Bernard et Jean-François Corty  
et de Caroline Izambert

---

# Santé publique et grande précarité : état des lieux et questions éthiques

---

Actes du colloque de Médecins du Monde  
dans le cadre du congrès de novembre 2011  
de la Société Française de Santé Publique

---





**Santé publique  
et grande précarité :**  
état des lieux  
et questions éthiques

Remerciements :

Les auteurs tiennent à remercier Marion Belvisi et Olivier Demarcq  
chargés de l'organisation du colloque.

## Introduction

Etre précaire en France, ce n'est pas seulement manquer d'argent pour aller chez le médecin, c'est aussi affronter des refus de soins alors qu'on est titulaire d'une couverture maladie, ne pas connaître ses droits car on ne maîtrise pas les arcanes de l'administration, repousser des soins courants car on travaille aux heures d'ouverture des cabinets médicaux.... jusqu'à venir grossir les rangs des salles d'attentes des urgences. Si la réforme de la CMU en 1999 a facilité l'affiliation d'une partie des plus pauvres à l'assurance maladie – les étrangers en situation irrégulière sont restés dans un système d'exception, l'Aide Médicale d'Etat (AME) –, la précarité signifie encore trop souvent l'éloignement des structures des soins. Lutter contre cet éloignement nécessite de renforcer les moyens mais aussi d'adapter le système aux besoins spécifiques des populations. Depuis trente ans, les expérimentations sont nombreuses et fructueuses : centre de dépistage anonymes et gratuits, bus itinérants pour les soins dentaires ou l'accès au matériel de prévention des infections sexuellement transmissibles, éducation à la santé menée par des pairs ... Elles sont menées par des acteurs de plus en plus nombreux : associations médicales, hôpitaux, mouvements de patients. Mais elles ne peuvent avoir de sens que si elles sont coordonnées, évaluées, discutées puis intégrées au système de droit commun (table-ronde 1). Elles n'ont d'avenir que si elles associent pleinement les patients dans le respect de leurs droits (table-ronde 2).

Dans un contexte de crise économique mondiale majeure, l'accès aux soins des plus précaires n'est pas une question philanthropique, il est une nécessité politique. Dans une étude récente parue dans le *Lancet* sur la situation sanitaire en Grèce, une équipe de chercheurs constatait la dégradation rapide de l'état de santé de la population et mettait en garde : « *Une plus grande attention doit être portée à la santé et à l'accès aux soins pour s'assurer que la crise n'impacte pas la dernière source de richesse du pays : son peuple* »<sup>1</sup>.

C'est dans cet esprit que Médecins du Monde, accueillis par la Société Française de Santé Publique dans le cadre de son congrès annuel, a réuni des chercheurs, acteurs du système de soins, représentants des associations de patients pour une après-midi de débats et d'échange sur les enjeux de santé publique dans le champ de la précarité. Nous vous livrons ici le verbatim de ces interventions.

1- A. Kentikelenis, « Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy », *The Lancet*, Volume 378, Issue 9801, Pages 1457 - 1458, 22 October 2011



## TABLE RONDE I

# Etat des connaissances et dispositifs de prise en charge : place de l'innovation médico-sociale

Modérateur :

**Laurent ELGHOZI**,  
médecin, président  
de l'association Elus,  
Santé Publique et  
Territoires

Nous sommes dans un contexte extrêmement compliqué, avec des tensions entre santé publique, ordre public, logique libérale.

Nous sommes dans une libéralisation au sens économique du terme, ou politique du terme, du système de santé, et ça a évidemment des conséquences parmi lesquelles des tensions fortes qui donnent des opportunités de construire ensemble un avenir différent.

Il existe également des évidences. Santé et précarité sont liées, avec des besoins qui augmentent mais qui sont surtout de plus en plus diversifiés. On ne peut pas traiter tout le monde comme on le faisait il y a vingt ou trente ans et les ressources diminuent, une organisation nouvelle a été instaurée : l'ARS (Agence Régionale de Santé). L'intérêt réside dans le fait que l'ARS réunit la prévention, la promotion de la santé, le soin et le médico-social, ce qui représente une avancée, même si le social reste en dehors. De plus, des centaines d'acteurs sont impliqués dans l'ARS qui constitue à la fois une recentralisation

autoritaire avec un directeur général qui a tous les pouvoirs et dépend du Ministre mais également une volonté de démocratie sanitaire. Dans les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), il faut que chacun se saisisse de cette volonté de démocratie sanitaire (acteurs de la santé, militants, professionnels, etc). Il s'agit d'une opportunité importante. Enfin, les ARS comportent un volet de territorialisation : Comment essaie-t-on de faire en sorte que, sur un territoire, les choses s'organisent et y compris pour les populations qui, étant particulièrement exclues, voire sans domicile, n'appartiennent pas à ce territoire ou sont censées ne pas y appartenir et que l'on renvoie donc vers un autre territoire.

En ce qui concerne les acteurs, une question fondamentale se pose : est-ce que les acteurs sont des acteurs de santé, ou du médico-social? Est-ce que ce sont des promoteurs d'actions, des opérateurs, des demandeurs de financements? La réponse à cette question dépendra du directeur de l'ARS qui choisira comment il traite les opérateurs, les acteurs, toutes les personnes qui sont sur les territoires et qui essaient

de régler toutes ces questions-là, dans une logique de concurrence (c'est le principe même de l'appel à projets) ou dans une logique de complémentarité (avec des schémas régionaux cohérents qui couvrent tout le territoire et toutes les populations). Encore une fois, l'entrée territoriale est importante; il n'empêche qu'elle exclut les populations qui sont censées ne pas avoir de territoires, je pense en particulier, par exemple, aux gens du voyage ou aux Roms.

Une multitude de questions se pose quant à l'ARS : qui pilote ? est-ce que c'est l'ARS avec les appels à projets ? est-ce que ce sont les collectivités territoriales auxquelles on demande de plus en plus de choses sans avoir ni les compétences, ni les moyens ? est-ce que ce sont les associations, mais entre le rôle de lobbyiste et le rôle de défense d'une partie de la population, la marge est quelquefois difficile ? quelle logique ?



## LES ASSOCIATIONS, DERNIER LIEU D'EXPÉRIMENTATIONS DE L'ÉTAT DANS LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ ?

**Caroline Izambert,**  
doctorante à l'EHESS,  
(Ecole des Hautes Etudes  
en Sciences Sociales au  
Centre de Recherches  
Historiques)

Cet exposé est un travail qui se situe à mi-chemin entre l'histoire et la sociologie. Il s'agit de

réfléchir à la question de la capacité des associations à innover dans un nouveau contexte politique. Le titre de cette rencontre présente une ambivalence. « Santé publique et grande précarité, état des lieux et questions éthiques » : dès lors qu'un état des lieux doit être fait, c'est qu'il y a un problème. D'un autre côté, la question de l'innovation fait référence à la réelle capacité d'innover portée par les associations depuis trente ans.

Cela pose la question compliquée de savoir qui doit prendre en charge les soins des plus exclus et quelle est la place de l'État dans cette prise en charge.

D'après Robert CASTEL qui a beaucoup travaillé sur ces questions : « Tout se passe comme si l'État social oscillait entre des tentatives de redéploiement pour faire face à ce que la situation actuelle comporte d'inédit et la tentation d'abandonner à d'autres instances, à l'entreprise, à la mobilisation locale, à une philan-thropie affublée de nouveaux oripeaux et même aux ressources que les orphelins de la société salariales devraient déployer eux-mêmes, la charge d'accomplir son mandat de garant de l'appartenance de tous à une même société »<sup>2</sup>. C'est la conclu-

sion de son livre *Les Métamorphoses de la question sociale*, un plaidoyer en faveur d'une prise en charge par l'État. A presque 15 ans de la publication de ce livre, la situation a évolué, et les acteurs se sont multipliés.

Ce réseau d'acteurs peut être étudié de façon très classique selon trois périodes : les années 1980 avec la prise de conscience des problèmes de santé spécifiques aux populations précaires et l'invention de la notion de précarité, les années 1990 qui correspondent au cercle vertueux entre associations, innovations et passage vers le droit commun et enfin les dix dernières années où les dissonances se multiplient entre politiques répressives et la délégation des tâches de soins aux associations dont la position d'innovateur devient de plus en plus complexe.

Pour commencer, une double prise de conscience : précarité et inégalités sociales de santé. Les travaux en histoire commencent à montrer que les inégalités devant la mortalité sont certainement un fait social qui traverse beaucoup plus les époques que ce qu'on a bien voulu croire. Jusqu'à récemment, on pensait que ça s'était beaucoup creusé au XIX<sup>e</sup> siècle avec l'urbanisation et l'industrialisation. On voit, grâce à l'étude des registres paroissiaux, que le statut social a pu, jusqu'à des époques très anciennes, influencer l'espérance de vie. (Patrice BOURDELAIS, début des années 2000). Il est certain que les inégalités sociales de santé, traduites par une

2- Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, une chronique du salariat, Paris Gallimard, p.769, 2002 (1<sup>ère</sup> édition : Fayard, 1995)

réduction de l'espérance de vie, ne sont pas une réalité nouvelle. Pourtant, elles ont pris un relief particulier, notamment à partir des années 80 où on a eu une autre façon, une nouvelle façon de définir la pauvreté et son corrélat, la précarité, liées à une transformation profonde de la société salariale. Les sociologues définissent triplement cette évolution : précarisation du travail, c'est-à-dire qu'on n'a plus un travail pour toute la vie ; féminisation, une part plus importante des femmes sur le marché du travail et souvent sur les postes les plus précaires ; et une montée du chômage, bien entendu, très importante. Un certain nombre de rapports historiques vont essayer de définir ces nouvelles populations qui sont au ban de la société salariale et qui amènent une prise en charge spécifique par l'État. Par exemple le rapport OHEIX : dès 1981, quelques années après le début de la crise économique après les deux krachs pétroliers, et le rapport WRESINSKI de 1987 qui met un coup de projecteur sur ces populations dites précaires. On peut discuter à l'envie de traduire la nouveauté de ce phénomène, il reste qu'elle devient à ce moment une question publique. Se pose la question de leur couverture sociale dans un système de protection sociale français qui a été complètement bâti sur le travail, sur le fait de travailler, donc de cotiser, donc d'être assuré et de faire assurer sa famille. La notion d'ayant droit est aussi centrale dans ce système qui est complètement perturbé par ces gens qui sont à la marge du marché du travail, par l'éclatement des familles, le travail précaire. De plus de gens sont hors du système de sécurité sociale et on commence à se préoccuper d'eux.

Un deuxième mouvement suit, c'est la question des inégalités sociales de santé et de leur mesure.

Marcel DRULHE a fait l'historique de cette prise de conscience des inégalités sociales de santé. Il s'agit d'un travail de long terme, épidémiologique, qui va passer peu à peu dans le champ du débat public. Alors que l'on dit souvent que la France a tardé à voir et analyser les inégalités sociales de santé, on s'aperçoit que dès 1965, une étude de l'INSEE montre bien la mortalité différentielle. Des travaux sur le sujet existaient donc déjà mais le sujet restait marginal et donc peu abordé. Les anglo-saxons en revanche ont été très en avance avec des enquêtes assez monumentales, des cohortes très importantes. Prenons l'exemple de la Grande-Bretagne ou encore des États-Unis avec des rapports comme le rapport BLACK. En France, le mouvement est plus lent pour alerter les décideurs politiques, nous pouvons citer des publications telles que : le rapport SOUBIE en 1993 pour lequel un groupe de travail est consacré à la question des inégalités sociales et en 2000, un livre coédité par La Découverte et l'INSERM apporte à la fois des données, mais aussi réfléchit à la notion même d'inégalités de santé et fait vraiment rentrer dans le champ du débat public et du débat scientifique cette question des inégalités sociales de santé<sup>3</sup>. Donc, il y a un double mouvement : une prise de conscience ou formalisation d'une nouvelle population et développement d'une sensibilité nouvelle à cette question des inégalités sociales de santé, avec ce qu'on pourrait appeler, pour reprendre le terme de Didier FASSIN, « la construction d'un intolérable »,

3- Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang, *Les inégalités sociales de santé*, Inserm, la Découverte, 2000

c'est-à-dire : est-il supportable que, selon son milieu social ou selon ses difficultés d'affiliation à un régime de protection sociale, on vive moins longtemps qu'une autre catégorie sociale ? Cela devient une question majeure qui va amener un certain nombre d'acteurs de l'humanitaire à s'investir en France. Ces derniers vont décider, en modifiant leur périmètre géographique d'action, d'ouvrir des programmes en France. Dans les archives de Médecins Sans Frontières, on voit l'intensité des débats sur la pertinence de l'ouverture de la mission. Une question qui continue à être débattue aujourd'hui. Médecins du Monde ouvre le premier programme France en 1986 et Médecins Sans Frontières en 1987. Ces deux ONG sont très présentes mais il serait possible d'en citer bien d'autres et il faudrait accorder certainement dans une recherche future plus d'importance aux acteurs locaux, territoriaux, qui ont eu aussi un rôle très important dans cette invention de nouveaux dispositifs que l'on peut désigner par le terme générique de « bas seuil ». Il s'agit de trouver comment inventer des dispositifs d'accès aux soins qui permettent à des populations à la marge ou plutôt marginalisées, d'avoir un accès à un certain nombre de soins dans un sens très large.

La capacité d'innovation des associations va faire ses preuves. Les associations à but médical vont inventer des choses qui n'avaient pas pu s'inventer dans le cadre de l'hôpital public ou de la médecine de ville en matière de dépistage du VIH, un des sujets pionniers. Dans les années 80, Médecins du Monde est la première association à ouvrir des centres de dépistage anonymes et gratuits ; et plus récemment, l'association AIDES est également pionnière sur l'utilisation du test rapide. Les associations assument le

rôle qu'elles se sont donné : innover pour aller au devant de populations qui étaient restées hors d'un circuit de soins classique. On peut citer l'exemple des usagers de drogues ou encore des programmes mobiles pour aller auprès des populations travailleuses du sexe. Dans les années 90, sans vouloir en faire une sorte de paradis perdu, on a une sorte de cercle vertueux de l'action humanitaire en France. Les années 1990, c'est aussi le moment où les personnes en situation irrégulière sont exclues du régime de sécurité sociale. Il n'y a donc pas de mouvement uniforme. L'identification d'un besoin de soins dans un premier temps conduit à l'idée d'ouvrir un programme. L'ouverture d'un programme se justifie à la fois pour innover et à la fois pour avoir une expertise qui permet d'investir et d'aller parler aux décideurs politiques et de formuler des revendications à partir des expertises de terrain.

Prenons l'exemple de la CMU. Il y a des consultations de Médecins Sans Frontière qui vont à la fois lier le médical et le social et on va formuler l'idée qu'il faut une couverture maladie universelle qui ne prend pas seulement en compte la question du travail mais la question de la résidence sur le territoire français. Et puis, on va inventer des modes d'action que l'on pourrait mettre sous le terme générique de « plaidoyer ». Il existe d'un côté un plaidoyer auprès des parlementaires et des ministères, entre 97 et 99 on voit une multiplication des rendez-vous, et d'un autre côté, une communication, une sensibilisation de l'opinion publique, qui relève de « la construction d'un intolérable », et puis enfin, éventuellement des actions juridiques ; en 97, Médecins Sans Frontières a attaqué le Conseil Général du Nord sur un certain nombre d'exclusions de personnes à l'aide médicale.

Ce répertoire d'actions va donner un certain nombre de résultats. Les associations vont être entièrement partie prenante de la rédaction de la Loi de juillet 1999, CMU et CMU complémentaire. Néanmoins, il y a une limite importante ; l'un des aspects de cette revendication, c'était que l'ensemble de la population, y compris les populations en situation irrégulière, soit inclus dans cette couverture. C'est là que vont se trouver les limites du plaidoyer. Les sans-papiers seront exclus et relégués à l'Aide médicale d'État.

La situation va changer à la fin des années 1990. On pourrait dire de façon grossière qu'elle a changé en étant simplement liée au contexte politique, un passage de la droite ou la gauche ; quand on regarde de plus près, c'est légèrement plus compliqué, par exemple : la première circulaire qui inscrit l'idée d'un système qui doit accueillir tous, c'est en 1995 sous le gouvernement Juppé, donc le cercle balancier droite-gauche nous permet un peu de situer les périodes, mais pas complètement. Le droit commun est parfois entendu dans des périodes qui ne sont pas seulement les périodes où la gauche est au pouvoir.

Alors, une nouvelle période s'ouvre dans les années 2000. La question que se posent alors les associations est : faut-il continuer ? Médecins Sans Frontières va plutôt faire le choix d'un retrait en disant : avec l'existence de la CMU et de la CMU-C, un certain nombre de nos programmes en France ne se justifient plus et se désengagent progressivement jusqu'en 2006. Médecins du Monde va également fermer un certain nombre de centres, mais de façon moins radicale. Les contours de cette population qui nécessite des soins et se transforme. En premier lieu ce sont les personnes en situation irrégulière qui vont être

visées. Depuis 2000, des lois ont fabriqué des sans-papiers, c'est-à-dire que ce sont des lois qui ont mis des gens qui, pour la plupart, étaient auparavant dans la régularité, dans l'irrégularité et qui vont, du coup, venir grossir les rangs des gens à l'aide médicale d'État, des gens donc très éloignés du système de soins et qui vont être reçus en priorité par ces associations. D'un côté, les gouvernants mettent en place une politique répressive, de l'autre, l'Etat finance la possibilité de soigner ces personnes dans des dispositifs d'exception. L'accès à l'aide médicale d'État devient de plus en plus compliqué ou devient de plus en plus conditionnel, c'est-à-dire qu'on n'interdit pas de soigner, on n'empêche pas de soigner, mais la distance entre le droit commun et les personnes devient de plus en plus grande, avec ces réformes très récentes, comme l'introduction d'un droit d'entrée à 30 €. Tout cela va amener à modifier profondément le profil de la population prise en charge par ces associations. Chez Médecins du Monde, parmi les personnes reçues, la part de celle en situation irrégulière monte, c'est-à-dire que ces associations se retrouvent en première ligne pour recevoir une population qui est fabriquée par l'État. Donc, on n'est plus du tout dans le cercle vertueux, c'est-à-dire : les associations innove et on intègre au droit commun ; c'est plutôt l'État qui est au départ et fabrique une population que les associations se retrouvent à prendre en charge. Chaque augmentation du pourcentage de personnes prises en charge en situation irrégulière augmente dès qu'on a une loi répressive.

C'est ici que la question du « jusqu'où faut-il aller? » se pose. C'est une question qui est posée de façon permanente par les associations elles-mêmes et ce serait une erreur

de penser que ces associations ne sont pas conscientes du paradoxe dans lequel elles se sont mises, c'est-à-dire : jusqu'où va-t-on dans cette gestion de cette situation d'éloignement du droit commun qui a été fabriquée depuis une dizaine d'années ?

Dans un ouvrage récent sur MSF<sup>4</sup>, l'un des auteurs posait la question : en traitant la souffrance des individus sans trop questionner ses origines politiques et sociales, Médecins Sans Frontières – et ça serait applicable à d'autres associations – ne tient-elle pas exclusivement le rôle qui est attendu d'elle par les pouvoirs publics, à savoir : administrer des territoires relégués ?

C'est la nouvelle conjoncture dans laquelle se placent les associations et c'est certainement ça qu'il faut interroger pour que les associations puissent remplir le cahier des charges d'innovation qu'elles s'étaient elles-mêmes données dans les années 80, au début de ce mouvement, qui est un mouvement médical, mais aussi politique, en faveur d'un accès aux soins réellement universel.

---

4- Claire Magone, Michael Neuman, Fabrice Weissman, *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, 2011

Table ronde I : Etat des connaissances et dispositifs de prise en charge :  
place de l'innovation médico-sociale

## CONSTATS ET ACTIONS DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE : **ENTRE RÉSISTANCE ET INNOVATION**

**Dr Jean-François Corty,**  
directeur des missions  
France de MdM

### **Présentation**

Médecins du Monde est une ONG médicale qui

a vocation à apporter une aide médicosociale aux personnes les plus vulnérables tout en témoignant de leur état de santé ainsi que du système de santé et du contexte politique dans lesquels cette aide s'exerce.

L'approche de MdM se fait par la promotion de l'accès aux soins (de manière préventive ou curative) et aux droits. Notre ONG se positionne dans une dynamique entre résistance et innovation vis-à-vis du pouvoir politique.

L'objectif théorique de notre travail est de transférer vers le droit commun les patients que nous soignons et les projets que nous montons. Alors qu'à l'ouverture de la mission France en 1986, MdM pensait monter quelques actions temporaires, c'est plus d'une centaine de projets qui couvrent aujourd'hui la France. On sait qu'il y a un problème d'accès aux soins pour une grande part de la population pour laquelle le droit commun ne veut pas ou ne peut pas apporter des réponses qui nous semblent pourtant indispensables. Il y a par ailleurs, dans notre logique d'intervention, une forte inscription dans les réseaux associatifs, comme avec l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, ou dans d'autres collectifs.

Le cadre politique général de Médecins du Monde correspond à une logique d'implication des usagers, notamment grâce aux notions de travailleurs pairs et de santé

communautaire qui ont fait leurs preuves à l'international et que l'on essaie de porter en France. Nous défendons des politiques de santé solidaires autour du socle de la protection sociale et nous fonctionnons sur un modèle bénévolat-salariés qui permet une conjonction d'intérêts et de valeurs militantes. En France, MdM compte près de 2 000 bénévoles pour assurer, avec une soixantaine de salariés, les projets médico-sociaux. C'est important de le rappeler, Médecins du Monde n'est pas un auxiliaire d'État et s'engage selon sa logique propre qui est désintéressée. L'action de MdM ne répond pas à un agenda gouvernemental. Il est primordial pour les associations de continuer à défendre ce statut.

La typologie opérationnelle de MdM en France repose essentiellement sur les populations précaires sur lesquelles nous portons une attention particulière. Il s'agit des usagers de drogues, des personnes se prostituant, des sans-domicile fixe, et des migrants (qu'ils soient communautaires, comme les Roms par exemple, ou extracommunautaires). Nous orientons aussi nos actions selon des thématiques transversales telles que le diagnostic et la prévention des pathologies infectieuses (tuberculose, VIH, hépatites B et C) et nous sommes aussi impliqués sur des sujets comme la santé mentale ou la question du mal-logement.

En terme de modèle opérationnel, nous avons mis en place une médecine de proximité avec des centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) où des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux vont faire

les premiers soins, vont aider à l'ouverture des droits et vont référer autant que faire se peut vers les institutions de droit commun. Par ailleurs, l'Observatoire de l'accès aux soins de la direction des missions France centralise les données médico-sociales issues des terrains. Ces recueils permettent un pilotage des opérations, jouent un rôle de sentinelle épidémiologique et aident à l'élaboration d'outils de plaidoyer tels que les rapports annuels et les enquêtes spécifiques. L'élaboration de ces enquêtes spécifiques autour, par exemple, de l'évaluation des permanences d'accès aux soins, autour des questions de couverture vaccinale, nous permet d'avoir du rationnel pour éclairer sur des enjeux de santé publique qui touchent les populations que l'on aide.

Médecins du Monde en France, c'est une trentaine de villes, une centaine de programmes en France métropolitaine, mais aussi à Mayotte, en Guyane et à Saint-Denis de la Réunion, 21 CASO, environ 70 actions mobiles où on se déplace vers les personnes, dans la rue, dans les squats, dans les forêts maintenant autour de Calais et Dunkerque, là où les personnes tentent de se protéger ou de se réfugier, ainsi que des activités autour de la réduction des risques.

### Constats

Le dernier rapport de l'Observatoire permet de faire un constat des difficultés d'accès aux soins des populations les plus vulnérables : en 2010, MdM a pris en charge près de 28 000 personnes. Il y a eu 60 000 passages dans nos structures et près de 40 000 consultations médicales et dentaires. La population est essentiellement jeune (la moyenne d'âge est de 33 ans) et majoritairement étrangère (92%). Nous avons dans

nos cohortes près de 12 % de mineurs. Les profils socio-économiques sont très parlants et renvoient à des logiques de survie pour la grande majorité des personnes que nous voyons. Dans 98 % des cas, les personnes vivent sous le seuil de pauvreté ou n'ont pratiquement pas de ressources. La précarité et les difficultés liées au logement sont très visibles : seul un quart des personnes que nous voyons ont un logement stable (donc 3/4 n'en ont pas). Dans 32 % des cas, des situations d'insalubrité sont détectées et dans près de 50 % des cas, nos patients font face à des situations de surpeuplement. Près de 3/4 des personnes qui viennent nous voir n'ont pas de couverture maladie alors qu'ils en ont potentiellement les droits. Enfin, près de 8 % des femmes enceintes que nous voyons, et 9 % des mineurs que nous suivons, vivent dans la rue.

Au-delà des données sociales, ce sont les données médicales qui sont également préoccupantes : les CASO ont vu leur activité augmenter de plus de 10% en moins de deux ans. Les couvertures vaccinales sont très faibles (de l'ordre de 30 à 40% pour les vaccins de base : diphtérie, tétanos, polio, ROR). Seulement un tiers des mineurs que nous suivons sont pris en charge en PMI et à jour des vaccins classiques. Sur certains terrains d'intervention et notamment sur les terrains Roms mais pas uniquement, parfois moins de 10% des enfants ont les couvertures vaccinales à jour. De plus, des cas de malnutrition aiguë (8%) sévère et modérée ont été décelés à Mayotte dans nos cohortes d'enfants. Enfin, 45% des patients que nous voyons nécessitent un traitement d'une durée minimale de six mois pour des pathologies chroniques. Le retard de suivi de grossesse est une autre donnée médicale préoccupante. Dans 50 %



des cas, les patientes que nous voyons enceintes ne sont pas suivies. Seulement 32 % d'entre-elles bénéficient de soins prénataux. Par ailleurs, les prévalences de VIH, des hépatites chez les patients que nous suivons sont très supérieures à la moyenne. Il en va de même pour la tuberculose. Ce qui est particulièrement inquiétant de notre point de vue, c'est une augmentation majeure des retards de recours aux soins qui sont passés de 11 % à 24 % en moins de 3 ans. Dans une enquête récente de Mondial Assistance, il est révélé que près de 30 % des Français diffèrent leurs soins, que ce soit pour des soins courants, des soins dentaires ou des soins ophtalmologiques qui sont les plus difficiles à faire rembourser.

Ce sont les obstacles à l'accès aux soins qui nous intéressent particulièrement : méconnaissance des droits et des structures (27%), barrières linguistique (26%), difficultés administratives (25%) et financières (7%). Au titre des difficultés financières rencontrées par nos patients nous pouvons par exemple citer les dernières évolutions législatives concernant l'aide médicale d'Etat. Suite à l'adoption du projet de loi de finance 2011, pour accéder à l'AME, les bénéficiaires doivent s'acquitter annuellement du paiement d'un timbre de 30 euros. Cet obstacle financier pour des gens qui vivent en dessous de seuil de pauvreté est un frein supplémentaire à l'accès aux soins et aux droits.

Par ailleurs, nos équipes constatent encore aujourd'hui des refus de soins de la part de certains professionnels de santé à l'encontre des bénéficiaires de la CMU et de l'AME.

Enfin, et de manière alarmante, nos équipes ont constaté que la peur de se dépla-

cer était un facteur essentiel de renoncement aux soins. 60% des personnes en situation irrégulière avouent limiter leurs déplacements par peur des arrestations. Le paroxysme de cette crainte s'exprime à Mayotte où en 2010, 25 000 expulsions ont eu lieu pour une population de 200 000 personnes et sur un territoire équivalent à la moitié d'un département de métropole.

De manière générale, le contexte global se dégrade ainsi que les conditions de vie et d'accès aux soins des populations précaires. Nous pouvons parler de logiques de survie en milieu hostile à leur égard.

La crise économique mondiale majeure est un élément à ne pas négliger quand on analyse la dégradation de l'accès aux soins mais elle n'explique pas tout. En France, c'est aujourd'hui le système de soins solidaire qui est mis à mal. En 2009, 13,5% de la population française vit sous le seuil de pauvreté (954 euros) selon les chiffres de l'Insee (août 2011). On assiste à un « détricotage » progressif du système avec une baisse des remboursements et une augmentation du reste à charge pour les patients alors que les seuils d'obtention d'aide n'évoluent pas.

Par ailleurs, la radicalisation politique et sécuritaire est flagrante. Le discours de Grenoble de 2010 a participé à la stigmatisation des Roms en France. On assiste à des expulsions de lieux de vie sans proposition de relogement et qui n'impliquent pas nécessairement des expulsions du territoire français. Ces expulsions répétées engendrent des ruptures de traitements et de suivis ainsi qu'un retard de recours aux soins. Dans ces conditions et dans le contexte de radicalisation, on assiste à la remise en question des

droits sociaux existant en France en matière de santé à l'égard des étrangers comme l'aide médicale d'Etat (AME) ou le droit au séjour pour étranger malade (DASEM). Il va désormais être possible de renvoyer une personne malade, et nous parlons bien de maladies telles que le VIH ou les hépatites, dans son pays d'origine parce que le traitement y est présent et non plus effectivement accessible. On sait que ces mesures vont occasionner de nombreux décès.

De fait c'est un climat de défiance qui s'installe aujourd'hui entre les acteurs humanitaires et médico-sociaux d'un côté et les politiques de l'autre. Une tension est observable entre des enjeux de santé publique et des enjeux sécuritaires avec l'émergence de paradoxes sanitaires qui témoignent de l'incohérence de certaines politiques publiques. Cette réalité s'est cristallisée il y a quelques années dans le cadre de l'application d'une loi instituant le délit de solidarité aux articles L622-1 et L622-4 du CESEDA. Cette loi engendre une confusion entre les aides monnayées comme celle fournie par le passeur et les aides des bénévoles associatifs. Le film *Welcome* est un exemple frappant de ce que peuvent rencontrer nos bénévoles de terrain et des risques qu'ils encourent au regard de la loi. Parmi les paradoxes qui découlent de ces tensions, on peut se demander comment d'un côté les politiques publiques médicales poussent à favoriser le dépistage rapide du VIH parce qu'il faut que nous trouvions les 50 000 personnes en France qui ne connaissent pas leur statut sérologique et dans le même temps détruisent des dispositifs comme l'AME et le DASEM et rendent l'accès aux soins plus difficile.

Face à ces contradictions, nous pouvons nous interroger sur l'hypothèse d'une certaine intentionnalité de nuire à travers les expulsions des lieux de vie, sans proposition de relogement, le démantèlement des dispositifs d'accès aux soins, cela dans l'objectif de dissuader les gens de rester sur le territoire et en instrumentalisant, d'une certaine manière, la médecine.

Dans ce contexte de tension entre politiques de santé et politiques migratoires, les épidémies de la misère réapparaissent. La rougeole est de retour en France au sein de la population générale depuis 2007 et près de 15 000 cas ont été diagnostiqués en France en 2011. Cette épidémie pose un gros problème pour les populations précaires qui ne sont pas vaccinées. De même, la tuberculose, normalement évaluée à 8 cas/100 000 en population générale, atteint une prévalence à 120 cas/ 100 000 parmi les personnes vivant à la rue. L'hépatite A et la Shigellose réapparaissent également dans ce contexte de grande précarité. De plus, les usagers de drogues sont aujourd'hui particulièrement touchés par le virus de l'hépatite C. 60% des consommateurs injecteurs sont atteints par le virus. Enfin, rappelons que Mayotte, département français, est aujourd'hui touchée par des cas de malnutrition aiguë.

Les dispositifs de droit commun apparaissent insuffisants. L'hébergement d'urgence est en crise et les sans domicile fixe, devenus sans domicile, doivent faire face à un cruel manque de places dans les centres d'accueil d'hébergement d'urgence, dans les CADA mais aussi à un manque de logements pérennes accompagnés d'un suivi médico-social. Enfin, les PASS restent insuffisamment opérationnelles dans nos hôpitaux.

### **Le besoin impérieux d'innover**

Dans le champ de la précarité et de la santé publique, l'un des rôles de MdM est de dénoncer des négligences en matière de santé publique et de respect des droits fondamentaux tout en proposant de manière simultanée des actions innovantes ayant pour but une réappropriation par le droit commun de ces actions dès lors que leur intérêt est validé scientifiquement.

Historiquement, MdM a contribué, avec d'autres, à l'adoption de la loi de 1998, dite loi de lutte contre les exclusions. MdM s'est particulièrement impliqué dans l'évolution du cadre juridique concernant le saturnisme et, à cet égard, un dispositif spécifique de lutte contre le saturnisme infantile a été intégré dans la loi du 29 juillet 1998. Par ailleurs, MdM est un précurseur des programmes de RDR comprenant notamment les programmes d'échanges de seringues et l'utilisation de traitements de substitution aux opiacés.

Actuellement, MdM œuvre sur plusieurs projets innovants :

- ERLI: Projet Education aux risques liés à l'injection avec les associations Gaia Paris et Sida Parole (évaluation Aides/Inserm/ANRS)
- Projet médiation sanitaire (Rom)
- Projet sur le mal logement: favoriser l'obtention d'habitats moins insalubres
- Projet santé mentale (éviterement aux incarcérations)

Par ailleurs, MdM envisage également de s'investir dans de nouveaux projets innovants rendus nécessaires par la dégradation de la situation actuelle : il faut prendre en charge de manière curative et préventive le traitement des maladies chroniques telles que la

tuberculose dans des contextes d'expulsions répétées des lieux de vie sans proposition de relogement. L'objectif est d'éviter les interruptions de traitement et de suivi et donc de limiter l'apparition de résistances. De plus, MdM travaille activement à l'intégration sur les projets de travailleurs pairs (missions prostitution, dépistage VIH en Guyane). Enfin, il faut continuer à creuser les pistes là où les choses ne sont pas vraiment visibles comme la précarité en milieu rural et en milieu carcéral.

Grâce à ce travail, MdM a pu développer des outils innovants : tests de dépistage rapides VIH (VHC à venir), interventions d'urgences (campagnes de vaccination en période épidémique, activités logistiques), judiciarisation de son action, y compris au plan contentieux (TASS de Mayotte pour violation de la convention internationale des droits de l'enfant ; Guyane : délais d'ouverture des droits). La question centrale qui se pose aujourd'hui pour Médecins du Monde est celle de la réponse juridique qui pourrait être donnée aux entraves faites à son action humanitaire par les autorités publiques.

Médecins du Monde situe son action entre résistance et innovation. Sur le plan de la résistance, l'ONG s'est beaucoup mobilisée pour combattre la réforme de l'AME et s'inscrit également dans un dispositif de contestation vis-à-vis de la réforme du DASEM.

Pour conclure, MdM fait aujourd'hui face à un contexte politique qui se radicalise, augmentant un peu plus chaque jour la pression sur les bénéficiaires et les acteurs de l'aide. L'ONG doit rendre visible des problèmes graves en proposant simultanément des solu-

tions, et doit continuer à mettre en évidence les tensions entre enjeux de santé publique et enjeux sécuritaires.

Plus que jamais, MdM réaffirme son indépendance vis-à-vis du pouvoir politique en s'inscrivant dans une logique d'action qui lui est propre. Les acteurs humanitaires doivent continuer à refuser toute délégation de la gestion de la misère sociale par les autorités.

## **HANDICAP, PRÉCARITÉ, FRAGILITÉ :** LES ENJEUX ACTUELS EN FRANCE AU REGARD DE LA CONVENTION INTERNATIONALE DES NATIONS UNIS RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES

**Bruno Gaurier,**  
association des Paralysés  
de France, conseiller  
politique au Conseil  
Français des Personnes  
Handicapées pour les  
questions européennes  
et internationales, Membre  
du Forum européen des  
personnes handicapées.

Est-il possible de faire en tout premier lieu référence à deux visages?

Il en est un dont vous avez entendu parler,

c'est Ardi VRENEZI. Ardi, c'est ce gamin de 14 ans d'origine kosovar venu en France pour s'y faire soigner d'une maladie évolutive gravement invalidante. Un soir, 19 h 30, dans son établissement (où sa présence était légalement enregistrée, officiellement acceptée et plus que légitime), entre une troupe de policiers qui le sortent de son lit, l'emmènent. Dix heures après il est dans un avion, sans son fauteuil, sans sa coquille, accompagné de ses parents capturés en même temps que lui. Coût de l'avion : environ 150 000 € pour retourner au Kosovo. Un an de lutte avec en tête le réseau Éducation Sans Frontière, les associations locales et l'APF pour le faire revenir. Ça a failli être à nos frais. Nous avons quand même dit : « vous avez su l'emmener, vous allez le ramener ! » On notera que 150 000 €, cela peut représenter en gros deux ans et demi de séjour dans l'établissement où il était en France. Ardi est en France, on est en train d'essayer de récupérer ce qui est récupérable pour ce gamin.

Le deuxième visage, je ne le connais pas directement mais il m'est tout aussi proche : un coup de fil d'une assistante sociale d'un

grand hôpital parisien téléphone un matin et dit : « Bruno, j'ai un monsieur aux urgences, ce soir il ne peut plus rester, ça fait 4 jours qu'il est là, il faut le mettre quelque part ; tétraplégique en fauteuil roulant, il vit dans la rue. Il est aux urgences parce qu'il avait besoin d'aller aux WC et qu'il est dépendant. » Oui, il vit dans la rue.

Ce ne sont que deux visages, et il en est des milliers d'autres. Ce sont ceux-là parce qu'il y a eu mise en relation et que du coup, quand je viens le matin à mon bureau, je suis un peu habité par eux. En présentant Ardi, je suis certes sorti des frontières françaises. Aujourd'hui, en France, s'agissant des personnes en situation de handicap, on entre désormais dans deux « mondes » en croisement qui impactent la prise en charge du handicap sous son aspect offre de service : le secteur sanitaire global et, par le biais du secteur médicosocial, les personnes en situation de handicap. C'est l'évolution de la gestion de la santé qui a intégré le médico-social avec le sanitaire, sous l'unique responsabilité des ARS, au niveau des services et accueils prestés.

Mais je ne saurais passer outre la référence à la Convention internationale des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées.

La loi du 11 février 2005 commence par une définition : « constitue un handicap au sens de la présente loi toute limitation

d'activité ou restriction de participation ». La Convention internationale des Nations Unies donne la définition suivante du handicap : « par personnes handicapées, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles et sensorielles durables, etc. ». L'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine participation. La question du regard que l'on porte sur la « notion » de handicap – je dis bien le handicap comme notion – considéré d'un point de vue purement médical, ou sur la personne en situation de handicap prise comme telle, dans toute sa personne, en tant que citoyen vivant dans un environnement plus ou moins accessible et amical, est essentielle dans le débat. Cette personne devant moi « est-elle » son handicap, se réduit-elle à son handicap ? Ou est-ce que cette personne est une personne ? Je ne joue pas avec les mots, c'est bien cela une des questions majeures, peut-être même, à la base, la principale question.

Au niveau européen, au sein du Forum européen des personnes handicapées notamment, nous avons coutume de dire : « nothing about us without us », « rien pour nous sans nous ». Nous les personnes handicapées, on nous voit toujours comme un problème. Quand est-ce qu'on viendra vers nous comme vers tout un chacun, quand serons-nous envisagés comme des « gens » ? C'est important parce que, s'agissant de mettre en place des services, de qui, de quoi et à qui parle-t-on ? A des usagers ? A des clients ? Le terme « clients » est intéressant, parce que « client » en anglais, ça ne veut pas dire client au sens français ; ça veut éventuellement dire client, mais il n'y a pas de place – ou très réduite – pour le terme « usager ». « User(s) » en anglais, ça ne se dit pas ou ça

ne se dit plus. « Client » (en son acception anglaise), c'est simplement quelqu'un, tout un chacun, qui se présente comme un client. L'Europe a fortement contribué, au niveau du handicap, à créer le terrain favorable et à promouvoir les quelques avancées dont nous avons pu jusqu'à présent bénéficier.

« Client », lorsqu'on parle des services de soins à domicile, qu'est-ce que cela signifie dans notre pays ? S'agit-il de services qui font partie du marché lucratif ou de services médico-sociaux non lucratifs ? Dans ce deuxième cas, l'ARS va quand même avoir à s'y investir. Dans le premier cas, et certains Conseils généraux s'en occupent activement, on lance le tout sur le marché, en concurrence, avec parfois, souvent même, du lucratif « dur ».

A l'Association des paralysés de France (qui a créé les services de soins à domicile pour les personnes handicapées en France dès la fin des années soixante-dix), le service d'une grande ville, non loin de Paris, nous avons été obligés de le fermer parce que le Conseil Général ne voulait pas reconnaître et rétablir la réalité des prix dans son cofinancement. Lequel Conseil général a même fait savoir dans la presse que nous n'existions pas. Or ce service, au financement d'année en année non réévalué, pesait de plus en plus fortement sur la gestion propre, à raison de 17 € par heure et par personne sur des milliers d'heures par an. Où peut-on trouver cet argent pour que des personnes puissent vivre normalement chez elles, sachant que les allocations qu'elles touchent ne leur permettent pas de faire face au service présenté, fût-ce au moindre coût et sans le moindre bénéfice financier ? Aujourd'hui, ce service est assuré dans un cadre lucratif. Résultat,

il suffit d'entendre les usagers : non respect des horaires, prix à peu près identiques mais pour une moindre durée (parfois calculée non sur une heure mais par tranche de vingt minutes), personnes venant à domicile ayant une formation basique, voire strictement aucune formation, certaines prévenant d'emblée qu'elles ne peuvent pas porter... Non, décidément, il n'est plus question d'exiger le minimum ! C'est presque considéré comme un manque d'élégance ou d'objectivité. Vous prenez ce qu'on vous donne – entend-on ; sinon « basta », il y a d'autres clients qui attendent. De plus, par manque de personnel, le service ne peut pas être adapté à ses bénéficiaires. Les visites à 7h du matin sont parfois impensables, la solution proposée aux bénéficiaires étant alors par exemple de passer à 11 h, et donc de trouver un arrangement avec l'employeur dans le cadre de l'activité professionnelle qui peut être la vôtre. S'ajoute à ce marché de jungle que la réalité est impactée notamment par la Directive Services au niveau européen.

C'est la question des mandatements qui est en jeu, de la concurrence sur le libre marché des biens et des services... Les nécessaires questionnements sur la qualité, la continuité du service et la solvabilité des personnes deviennent une constante plus que préoccupante, pour des personnes que l'évolution en ce domaine contribue à fragiliser. Nous sommes sur ce point, depuis des années, dans un combat quasi constant pour faire émerger sur un plan communautaire, des exigences d'égalité de qualité, de continuité du service, de garantie de sécurité, de qualité, etc. Y compris pour les personnes qui au regard du marché pur et dur sont considérées comme insolvables, donc sans intérêt pour ledit marché.

La convention internationale des Nations Unies, dont nous rêvions qu'enfin elle fût ratifiée par la France (elle l'a été et est entrée en vigueur le 31 mars 2010), dont nous rêvions à présent qu'elle s'applique (et nous luttons chaque jour dans ce sens), impose des obligations, des règles nouvelles au gouvernement français. Il semble dans les faits que le gouvernement ne s'en soit pas encore aperçu. Cette convention, nous l'avons voulue, nous l'avons faite avec les Nations Unies, nous, le mouvement des personnes handicapées au niveau mondial et au niveau européen. Ça a été un acte de démocratie exemplaire. Ce texte est autant de nous que des institutions des Nations Unies. C'est un texte simple et limpide, compréhensible par tous en première lecture, disponible en outre en lecture facilitée.

Elle comporte un article 12, définissant le statut juridique des personnes et leur capacité juridique, statut et capacité ne se confondant pas l'un avec l'autre. Le statut juridique ce sont les droits fondamentaux de tous ; la capacité juridique, c'est la capacité d'en jouir en totalité : par exemple la loi sur les tutelles en France : là où il arrive qu'un tuteur se substitue en droit à la personne mise sous tutelle ou curatelle renforcée, en Allemagne on parle d'accompagnement à la décision, y compris pour les personnes gravement dépendantes (sous contrôle régulier de l'instance judiciaire). Aujourd'hui, cet article 12 établit clairement la personnalité juridique pleine et entière de toute personne, du seul fait de sa naissance, du fait qu'elle est vivante, au regard de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme à laquelle elle se réfère.

Secondement, nul ne peut être obligé, selon l'article 23, de vivre là et avec qui il n'a pas choisi de vivre.

Troisièmement, faisons par exemple référence à l'école inclusive. Tout élève handicapé ou non doit être inscrit dans son école de proximité. Mais si on l'envoie à l'école et qu'on commence par licencié, comme ce fut le cas malheureux en 2010, 30 000 auxiliaires de vie pour en recruter à nouveau 16 000 dans des emplois précaires non formés, de quelles ressources dispose alors l'école pour prendre correctement en charge ces enfants et ces jeunes ? Si quelques maigres progrès, souvent liés à l'engagement personnel des enseignants eux-mêmes, peuvent être constatés, tout reste à faire pour que l'esprit général de ce qu'est une véritable école inclusive passe dans les mentalités et dans la législation générale régissant l'école, l'enseignement supérieur et la formation professionnelle. On est encore loin de compte.

Enfin, au Collectif inter-associatif sur la Santé, un texte est en train de s'écrire portant sur les personnes en situation de grande précarité, celles qui sont aux prises avec la grande dépendance (physique, mentale, psychique) ; celles qui vivent dans la rue sans rien ; celles qui vivent en rétention dans des conditions souvent honteuses.

Que peut-on faire avec cette loi qui n'interdit pas la « réincarcération » des gens dans les hôpitaux psychiatriques ou des camisoles chimiques sans obligation de leur demander leur avis ? Qu'est-ce qu'on fait quand un directeur d'établissement a l'autorisation aujourd'hui de gérer les biens d'une personne sous tutelle dans son établissement ? Trente ans de combat des associations pour rien.

La précarité est exacerbée pour les personnes en situation de handicap qui se trouvent en détention. Ici, tout est à inventer.

Qu'est-ce qu'on fait quand une personne en fauteuil roulant ne peut pas aller aux toilettes toute seule, qu'il n'y a personne pour l'aider, sinon le codétenu partageant sa cellule ? Que fait-on quand elle ne peut se doucher qu'une fois tous les mois ou tous les trois mois ? Pour ce qui est des personnes en situation de handicap qui vivent dans la rue, subissent des situations d'extrême précarité amplifiée par leur handicap. Cette question jusqu'à ce jour demeure encore quasi inexplorée.



## LE RÔLE DES ARS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA PRÉCARITÉ

**Dr Laurent Chambaud,**  
directeur de la santé  
publique à l'agence  
régionale de la santé  
(ARS) d'Île-de-France

**Quel est le  
chemin qu'essaie  
d'emprunter une  
agence comme  
l'ARS Île de France?**

Depuis notre création au 1<sup>er</sup> avril 2010, nous cherchons à arriver à une certaine stabilisation dans nos orientations. La démarche n'est cependant pas encore terminée.

L'agence régionale de la santé d'Île-de-France couvre la région francilienne. Trois constats émergent de notre travail. Tout d'abord, l'Île-de-France, concentre des inégalités, et spécifiquement des inégalités de santé. Si la région Île-de-France se situe dans la moyenne, de nombreuses inégalités sont visibles à un niveau infra-régional. C'est un élément relativement connu. D'autres régions connaissent aussi de telles inégalités à la différence de certaines régions qui sont dans des situations plus difficiles globalement. Mais, en Île de France, les problèmes de vulnérabilité sont probablement plus lourds et plus diffus. Et cette région comporte également des endroits avec de bons indicateurs, voire parfois excellents, et d'autres avec des poches de vulnérabilité très forte. Le corollaire, c'est qu'on a une forte présence de populations en situation de grande vulnérabilité. Citons les problèmes spécifiques des personnes sans domicile, qu'on retrouve très fortement à Paris et dans la petite couronne, et ceux posés par la présence forte de populations étrangères ou d'origine étrangère, et notamment de migrants en situation irrégulière qui se concentrent fortement dans les grandes métropoles comme Paris. On

retrouve également, mais comme dans beaucoup d'autres régions, de fortes inégalités dans l'offre, et notamment dans les services, à l'exemple des services pour les personnes handicapées avec de très fortes inégalités d'un département à l'autre.

L'ARS reprend un travail dans un territoire dans lequel il y a eu des politiques mises en place, depuis très longtemps, avec la volonté de l'égalité républicaine, portée par les services de l'État à l'époque mais qui n'ont pas abouti à une équité totale, loin de là, dans la façon de répondre aux besoins de la population.

La question de la définition des populations vulnérables se pose dès lors que l'on souhaite mettre en place des stratégies à leur égard. Quelles sont les populations les plus vulnérables par rapport aux populations qui sont aussi en situation de fragilité ?

En réalité, nous souhaitons travailler sur deux axes en même temps.

Le premier, qui correspond à une bibliographie maintenant imposante, notamment depuis les travaux internationaux, et notamment les travaux de Sir Michael MARMOT sur le sujet, c'est de travailler sur le gradient d'inégalité. L'existence d'un gradient et l'influence de ce gradient sur les problèmes des inégalités est maintenant bien connu. Lutter contre ce gradient, c'est d'abord pour nous mobiliser pour faire valoir le droit commun. Ce qui veut dire construire des politiques fortes permettant de concentrer nos efforts dans des endroits où c'est le plus nécessaire.

C'est un peu une révolution copernicienne par rapport aux modalités classiques d'action publique, reposant sur la volonté d'avoir un système universel, partout le même. Nous avons besoin de concentrer les efforts dans des endroits particuliers. C'est de là que vient notre volonté d'élaborer des contrats locaux de santé avec les collectivités où vivent les populations les plus vulnérables et d'avoir une intention particulière par rapport au droit commun, droit à la CMU, à la CMU-C, à l'AME. Un certain nombre de personnes ont droit à l'AME mais n'ont pas toujours les possibilités, et les capacités de pouvoir bénéficier de ce droit. C'est aussi l'accès à l'ensemble des dispositions de droit commun pour les personnes en situation de handicap que nous voulons défendre. Dans ce qui est des compétences de l'agence, la volonté d'aujourd'hui est de concentrer les efforts.

Parallèlement, il s'agit de maintenir, d'accompagner, voire de développer des dispositifs spécifiques pour des populations qui sont particulièrement éloignées de la santé, des soins ou du droit et de l'accès aux soins. Il semble illusoire de penser que tout le monde peut revenir vers le droit commun, pour de multiples raisons pas uniquement financières. Même si on doit faire en sorte, que la plupart des gens puissent revenir vers le droit commun, on doit aussi, pour d'autres, proposer des accompagnements par des dispositifs spécifiques qui, quelles que soient les alternances politiques, existeront toujours. Un dispositif particulièrement important est celui des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ces permanences ont été élaborées dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions. Il ne s'agit pas véritablement du droit commun. Mais dans ce cadre, on voit que ces PASS sont extraordinairement

disparates d'un endroit à l'autre, que les établissements s'en sont emparés de façon relativement obscure, et que les structures qui en avaient besoin ont utilisé celles qu'il y avait, sans véritablement qu'une réflexion soit conduite sur ce qu'est une PASS. C'est là un élément important de travail parce qu'une PASS va toujours accompagner des gens qui sont dans une fragilité particulière. Les autres personnes n'en ont pas besoin. Pourtant, un établissement de santé se devrait d'accueillir tout le monde. Donc, en théorie, les PASS n'ont pas à être nécessaires. Le raisonnement est le même pour ce qui concerne la lutte contre la tuberculose, il y a tout lieu de penser que personne n'a besoin de dispositif particulier. Pourtant, on a mis en place des équipes mobiles sur la tuberculose. Pareil pour les équipes mobiles psychiatrie, précarité, etc. Les structures mises en place par des associations comme Médecins du Monde, ou autres, sont aussi du même ordre. La question qui se pose alors est pourquoi ne parvient-on pas à transférer cette innovation dans le droit commun? C'est là une préoccupation importante.

La stratégie des ARS est donc double : à la fois, utiliser le plus possible le droit commun et y réintégrer les actions qui se réalisent en dehors de ce droit, composant ainsi « le projet régional de santé » que toutes les agences ont à conduire, et puis mener une démarche spécifique avec des actions particulières qui vont se retrouver dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), lui-même composante obligatoire de ce projet régional de santé.

Par ailleurs, le travail des agences avec leurs partenaires est essentiel en particulier pour trois raisons. Notons auparavant que le

travail des ARS avec les partenaires associatifs est indispensable et cela dans le respect de leur nécessaire indépendance.

Premièrement, l'agence régionale de santé a une compétence étendue par rapport à ce qui se passait avant. Elle couvre aujourd'hui la prévention, les soins ambulatoires – en partie –, les soins hospitaliers, le médico-social partagé avec les collectivités territoriales. Mais cette compétence élargie est loin d'être une « compétence santé ». Il y a énormément d'autres actions qui échappent à notre compétence. Nous sommes et nous serons toujours obligés de travailler en partenariat que ce soit avec les autres services de l'État qu'avec les collectivités territoriales. On parle très souvent des problèmes d'habitat. Ce sont effectivement avec les services de l'État, pour une petite part, et une grosse part avec les collectivités territoriales que l'on peut discuter de ces problèmes d'habitats insalubres, de ces problèmes d'habitats qui, sans être insalubres, sont nocifs par rapport à la santé, ou qui ne sont pas accessibles. Le partenariat est aussi nécessaire avec les organismes de protection sociale, notamment avec l'assurance maladie. L'agence régionale de santé n'a pas compétence pour l'ouverture des droits, mais elle peut peser, elle peut travailler avec ces structures, d'autant que d'une caisse à l'autre, les modalités d'ouverture des droits sont relativement différentes. La responsabilité des organismes de protection sociale par rapport à cette notion d'ouverture des droits est centrale. Enfin, le partenariat avec les associations est également au cœur de notre système de fonctionnement. Toutes les autorités publiques, dans quelque pays que ce soit, ont toujours besoin d'un mouvement associatif. L'innovation est portée par les associations. Mais comment

fait-on le lien avec ces associations ? Les agences régionales de la santé ont une certaine responsabilité sur le « deal » qu'elles passent avec elles. S'il s'agit de mener des expérimentations pour être des expérimentations, il faut le dire tout de suite. Si ce sont des expérimentations parce que derrière ça peut faire évoluer un certain nombre de choses, alors il faut être deux à le porter : les associations par leurs modalités particulières, nous par nos modalités particulières au sein de nos structures, complexes, difficiles, mais qu'on commence à mieux connaître. Le projet doit donc être porté en externe et en interne. On peut aussi faire référence à la responsabilité collective en terme de capacité à la généralisation. C'est un sujet majeur parce que, derrière, les questions de financement vont se poser, surtout dans le contexte actuel.

Deuxièmement, l'intrication très forte entre le sanitaire et le social amène des complexités. L'ARS n'a pas compétence sur toutes les questions liées au social. Pour les populations vulnérables, très vulnérables, en grande vulnérabilité, les aspects d'hébergement d'urgence et d'hébergement d'insertion sont aux mains des structures de l'État, c'est-à-dire des services du préfet. Les collectivités territoriales interviennent aussi depuis très longtemps, avec les lois de décentralisation. D'une façon plus générale, dans les problématiques des personnes vulnérables, le sanitaire et le social sont totalement intriqués. L'ARS n'a qu'une partie des leviers d'actions. Il faut arriver à travailler en partenariat. Cependant, un problème se pose. L'État finançait auparavant un certain nombre d'actions d'hébergement à partir des DDASS (Directions départementales des Affaires Sanitaires et Sociales). Ces DDASS pouvaient intervenir à la fois sur le côté social et sur le

côté sanitaire. Du coup l'Agence Régionale de Santé se retrouve à financer un certain nombre de dispositifs d'hébergement, ceux qui incluent une partie sur la santé. Et la question que nous posent légitimement les associations, c'est : « vous devez continuer à nous financer! » Sauf que, nous, ne disposons pas des financements propres à la partie hébergement. Et donc, des allées et venues très complexes entre les associations et nous, sont à gérer au niveau de ces demandes de financement. Si nous, agences, avons comme on nous le dit des compétences en matière d'hébergement, alors nous devons disposer des financements afférents.

Troisièmement, les problèmes de santé peuvent être en eux-mêmes facteurs d'exclusion, un aspect sur lequel nous devons aussi travailler. Pour les personnes en situation de grande exclusion, les problèmes de santé ne sont pas, en général, leurs préoccupations premières quotidiennes, sauf que ces problèmes de santé ont, pour une part en tout cas, généré cette forte précarisation. Il y a un besoin très fort de mettre côte à côte les dispositifs de droit commun et les dispositifs spécifiques, notamment pour ces populations particulières. Il existe effectivement des personnes vivant avec un handicap majeur qui se retrouvent dans des foyers d'hébergement d'urgence. Or, ils ne devraient pas être là. Comment enlever une jambe artificielle dans une chambre d'hébergement d'urgence avec 4 ou 5 personnes ? C'est intolérable. Par ailleurs, l'enquête SAMENTA, sur la prévalence des problèmes psychiatriques des personnes à la rue, montre bien que l'extrême intrication qui existe entre les deux phénomènes. Comment se sortir de cette situation ? L'Agence Régionale de Santé ne peut pas tout faire toute seule.

Par ailleurs, l'Agence Régionale de Santé a la volonté de développer la notion de parcours, et notamment de parcours de santé et ce pour l'ensemble de la population. On essaie de faire en sorte que les personnes âgées ne se retrouvent pas aux urgences par absence d'autre réponse, que des personnes puissent trouver véritablement une solution de premier recours plutôt que d'aller aussitôt à l'hôpital, que les personnes hébergées dans des structures médico-sociales puissent avoir plutôt des réponses en proximité que d'aller voir dans des structures de soins spécialisées, etc. Il faut pareillement qu'on développe les parcours pour les personnes qui sont loin de ces dispositifs. C'est un problème pour lequel on a à inventer et à innover. Par exemple, faut-il vraiment que les gens aillent à l'hôpital, au sein des PASS, pour obtenir des consultations médicales du seul fait qu'ils sont sans-domicile? Comment alors faire après pour les conduire vers des modalités de prise en charge véritables ?

Enfin, la question de l'implication de ces personnes directement concernées dans leur prise en charge se pose. L'ARS organise des comités de pilotage à cet égard mais il semble que ce soit très difficile de les associer, notamment sur un comité de pilotage régional.

L'ARS est une structure officielle, formelle, un peu bureaucratique, où près de 1 300 personnes s'occupent de près de 13 millions de personnes. Mais on veut faire en sorte que ces éléments soient interrogés, non seulement en interne, mais aussi avec l'ensemble de nos partenaires.

Afin de relativiser, je voudrais évoquer le cas de la Grèce dont on parle beaucoup en

ce moment. Les Grecs connaissent des problèmes croissants depuis 2 ans d'accès aux soins. Des structures comme Médecins du Monde renforcent leur présence. La London School of Hygiene and Tropical Medicine à Londres (l'école de santé publique) a rédigé un article avec les gens de Cambridge University, pour alerter sur la dégradation de la santé dans ce pays. Ici aussi, on est dans un temps très particulier où il faut faire très attention car les choses peuvent déraiper très vite et, le souci, c'est de faire en sorte que derrière, nous, on ait des réponses qui soient les plus adaptées possibles et qu'on puisse défendre le fait que la précarité, la crise, et la santé, sont relativement liées. C'est la définition du rôle de l'ARS qui est en jeu ici.

travail que l'agence doit probablement initier, d'une certaine manière coordonner, pour ce qui la concerne, mais qui doit mobiliser aussi l'ensemble de nos partenaires.

Pour conclure, on commence à travailler actuellement sur un point particulier en Île-de-France, celui des taux de mortalité infantile élevés (par rapport à la moyenne nationale), et plus particulièrement en Seine-Saint-Denis. On essaie de mieux évaluer et comprendre ce phénomène. Or, ici une hypothèse possible à avancer est qu'en définitive ces taux de mortalité infantile en Seine-Saint-Denis ne sont peut être pas si élevés que ça, ou plutôt qu'ils sont moins élevés que s'il n'y avait pas tout le tissu existant en Seine-Saint-Denis, à la fois de soins, et de prise en charge sociale. Parce que les collectivités territoriales en Seine-Saint-Denis sont très actives sur le sujet, comme les associations avec leurs relais de médiateurs pairs. Ce tissu, probablement plus importants que partout ailleurs protège du coup d'une situation où la mortalité infantile serait peut-être beaucoup plus élevée que cela.

Ce travail sur ces aspects de précarité ne doit pas être spécifique à l'ARS. C'est un



## TABLE RONDE II

# Droit, éthique médicale et précarité

Modérateur :

**Pierre LOMBRIL**,  
président de la Société  
Française de Santé  
Publique

de Santé Publique qui réunit essentiellement des professionnels de santé publique. Ces professionnels ont fait de la santé publique leur métier, mais ils finissent par comprendre que la santé publique est réellement publique, et donc qu'ils ne sont pas les seuls à en faire. Ils sont les techniciens qui s'en occupent, mais d'autres y contribuent. Nous montrons ici que nous sommes capables de travailler avec des associations, et en l'occurrence, une association particulièrement militante. C'est un mélange qui peut être dangereux puisque nous sommes une société savante, donc nous parlons de faits prouvés. Mais c'est un mélange nécessaire. En clair, la santé publique, au sens auto-instituée, apprend à travailler avec les autres acteurs de la santé publique, sans lesquels elle n'existe pas.

Nous travaillons dans une logique de promotion de la santé; c'est celle que j'essaie d'impulser. La promotion de la santé, nous ramène directement sur ce sujet par deux commandements: si la charte d'Ottawa nous dit qu'on doit agir sur cinq registres,

On peut s'étonner finalement de voir un tel symposium dans le cadre d'un congrès d'une Société Française

à commencer par des politiques publiques favorables, la matière qui nous occupe est éminemment politique et donc, quand on parle de santé publique, forcément on parle de politique de santé. Ce que contient également la charte d'Ottawa et qui est inscrit et actualisé par les chartes qui ont suivi, et notamment celle de Djakarta, c'est qu'il y a des pré-requis pour la santé. Et les pré-requis c'est d'avoir un revenu, d'avoir accès à un logement, à l'alimentation, à des conditions de vie décentes. C'est ce que rappelle, quelques années plus tard, Sir MARMOT et sa commission des déterminants sociaux à l'OMS. Arrêtons d'opposer les logiques en direction des publics précaires et la logique du gradient.

Quand je parle de promotion de la santé, dans promotion de la santé et dans les cinq éléments du bréviaire de l'OMS que je reprends à mon compte, il y a : renforcer les compétences des individus et des groupes, mais également réorienter les services de santé. C'est rappeler dans une société de santé publique qu'elle doit s'intéresser, par essence, aux enjeux collectifs et aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé. C'est rappeler aussi que les soins contribuent de la santé et que l'accès aux soins doit être préservé. L'accès aux soins

devient un enjeu de plus en plus aigu. Cet accès est compliqué par des actes politiques, et la politique sécuritaire de ces dernières années y contribue. L'objectif est de convoquer le plus possible les éléments de témoignage et puis, si possible, les faits objectifs prouvés qui montrent simplement et qui objectivent les effets d'une politique sur une autre. C'est le cas quand nous plaidons pour une actualisation d'une loi de santé publique et que nous plaidons, à cette occasion, dans la lignée des grandes institutions de santé publique de ce monde, pour une prise en compte de la santé dans toutes les politiques. La question dont nous parlons n'est pas qu'une question de santé, c'est une question de politique plus globale.

Je livre une interrogation : c'est celle qui concerne notre définition du droit commun. Quand on me disait dans les hôpitaux où j'ai travaillé que les Permanences d'Accès Aux Soins de Santé permettaient le retour vers le dispositif de droit commun, je m'insurgeais toujours pour dire : ah bon ! Parce que les PASS ce n'est pas du dispositif de droit commun ? C'est créé par la loi, que je sache ! Même s'il est clair que ces dispositifs, comme la CMU, ne sont pas toujours perçus comme relevant de la solidarité par les professionnels, mais comme des mécanismes d'assistance auxquels chacun serait libre d'adhérer ou pas selon ses valeurs. Ce qui explique aussi que ces dispositifs aient du mal à s'articuler avec ce qui préexiste et que les PASS notamment doivent batailler pour faire fonctionner l'établissement qui les héberge comme un réseau pour répondre aux besoins des malades qui entrent dans l'hôpital par cette porte trop souvent perçue comme dérogatoire ou compassionnelle. Il me semble par ailleurs que nous avons

une définition du droit commun un peu passive selon laquelle on laisse venir à soi les malades. Mais dans le monde dans lequel on est, sachant les difficultés que de plus en plus des gens que nous côtoyons ont pour faire la démarche simplement parce qu'ils craignent d'être arrêtés, remis dans un avion, nous avons peut-être une vision encore un peu contemplative du droit commun. Le droit commun ça devrait être aussi et de plus en plus : aller vers, être au service de, aller chercher. C'est une définition du droit commun que je n'ai pas encore trouvée extrêmement ardemment défendue.



## TOUS INCLUS

**Pr Jean-Claude Ameisen, médecin, chercheur, professeur à l'Université Paris Diderot.**

Il y a quelque chose de paradoxal, la médecine, en tant que souci pour la santé ou pour la mala-

die, est probablement l'une des démarches de reconnaissance de l'existence des droits de l'homme qui est la plus ancienne, avant que ce terme n'existe de manière explicite. La médecine est fondée sur la volonté de ne pas abandonner quelqu'un qui souffre, de soulager sa souffrance ; elle l'a longtemps fait, sans en être capable ; mais en tout cas, d'être présent, de ne pas exclure, de ne pas isoler, de ne pas abandonner. C'est d'une certaine façon dans la pratique même une reconnaissance des droits de l'homme. Et d'un autre côté, la médecine a toujours été une activité qui fait partie d'une société et les sociétés se construisent et se reconstruisent en permanence sur des mécanismes d'inclusion, de reconnaissance réciproque, et donc elles secrètent, en le voulant, sans le vouloir, de l'exclusion. Une des questions qui a travaillé la médecine depuis sa naissance, est : comment se comporter à l'intérieur d'une société par rapport à ceux qui sont exclus, ou qui sont rejetés, ou qui sont discriminés, ou qui sont oubliés ?

La grande révolution de l'éthique biomédicale est la reconnaissance du droit de chaque personne au choix, à la possibilité de dire oui ou non et à discuter des modalités de son accès aux soins. Ça a commencé par le choix de participer à une recherche qui était faite au bénéfice de la collectivité, et donc par le refus d'instrumentaliser une personne au bénéfice de la collectivité. Ça a continué de manière un peu paradoxale par

le droit reconnu à une personne de donner son avis quand on lui porte assistance parce qu'on croit qu'elle est danger. Cela recoupe la définition de l'OMS de la santé comme un état de bien-être. Le bien-être ne peut pas être défini uniquement de l'extérieur et donc, quand je veux faire le bien de quelqu'un, je dois lui demander ce qu'il en pense. Et le paradoxe de la médecine d'aujourd'hui, dans nos pays, c'est qu'il y a eu un progrès, une avancée dans le droit de participer au choix qui concerne son accès aux soins, voire récemment, inscrit dans la loi, le droit de refuser un traitement si on estime que ce n'est pas l'avenir que l'on considère le plus souhaitable ; et d'un autre côté, ça coexiste avec l'absence d'accès aux droits.

Notre système de santé est profondément asymétrique. D'un côté, pour une partie de la population, il met l'accès sur le droit à se prononcer sur les soins auxquels on va avoir accès et, d'un autre côté, il y a un déni du droit même d'avoir accès aux soins. Cette construction d'un système asymétrique se retrouve à un autre niveau, par exemple, dans nos urgences à l'hôpital. Les urgences à l'hôpital, pour quelqu'un qui est inscrit dans le réseau de soins de sa ville ou de son village, c'est le dernier recours. Pour quelqu'un qui n'est pas inscrit dans un système de soins, c'est le premier recours. Les urgences sont dans un même endroit : accueil des personnes qui sont là en dernier recours, parce que le système de soins local de ville a échoué ou a considéré qu'il fallait les envoyer à l'hôpital et accueil des malades nécessitant une prise en charge urgente, bien qu'étant inscrit classiquement dans un parcours de soins. Ce qui me frappe d'un point de vue

éthique, c'est cette profonde césure entre deux façons très différentes d'appliquer des droits, ceux qu'on reconnaît comme étant important, vis-à-vis des personnes, en fonction de la population à laquelle on considère qu'ils appartiennent. Quand on parle de santé publique, il y a toujours quelque chose dans le côté « publique », dans le côté « collectif », où le risque est d'oublier la personne. La personne devient une partie du public et, dans certaines circonstances, que ce soit les maladies psychiatriques où on considère que la personne est dangereuse, ou que ce soit les maladies infectieuses où on considère que la personne est contagieuse, il y a une opposition parfois entre attitude de santé publique et attitude médicale qui consiste à porter un secours à la personne.

Jonathan MANN qui a énormément fait pour réintroduire la notion d'éthique, au niveau international, dans la notion de santé et de médecine, a écrit un an avant sa disparition, il y a un petit peu plus de dix ans, un article qui s'intitulait : « Médecine et éthique médicale, santé publique et droits de l'homme » et il disait qu'à partir du moment où on envisage d'une manière collective et où on risque de perdre l'individu parce que la personne risque de disparaître derrière les nombres des statistiques des collectivités, on trouve une certaine opposition avec la médecine dans laquelle on est dans un dialogue singulier. Quand la personne est inscrite dans ce dialogue et qu'elle n'en est pas exclue, la notion importante, plus que la notion d'éthique médicale, c'est la notion de respect des droits de l'homme. Je crois que la médecine peut jouer un rôle essentiel dans l'accès de chacun à la santé. Elle ne peut pas être le seul acteur parce que, quand il s'agit de respecter les droits fondamentaux

de chacun, la médecine peut y participer, mais ne peut pas à elle seule être l'acteur et les facteurs socio-économiques ainsi que les facteurs culturels qui interviennent dans la préservation de la santé ou dans l'accès aux soins. Ces facteurs dépassent le seul cadre de la médecine. Quand on parle de précarité, d'éthique et de droit, je crois qu'il faut, au moins à un moment, ouvrir la fenêtre sur le monde et considérer qu'on n'est pas dans une île, dans notre pays, isolé de tout le reste. Et dans le monde, nous voyons que, là où nous avons les moyens, les médicaments, les institutions internationales qui permettraient un accès à la prévention et aux soins, et bien pour toute une série de raisons, un grand nombre de personnes y échappent. L'OMS rappelle depuis quelque années, chaque année, qu'il y a 5 000 enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque jour, en moyenne, c'est-à-dire 2 millions par an, de pneumonie pour lesquelles les vaccins qui permettent de les prévenir et les antibiotiques qui permettent de les traiter sont disponibles. L'OMS rappelle que, chaque année, 2 millions de personnes meurent du SIDA alors que nous avons les médicaments qui permettraient de les prévenir. L'OMS rappelle qu'il y a chaque année 2 millions de personnes dans le monde qui meurent de tuberculose, qu'il y a un milliard de personnes qui meurent, qui souffrent de ce qu'on appelle les « maladies négligées », parce que ce sont les maladies des pauvres, c'est-à-dire des autres, de ceux qui habitent les autres pays ; qu'il y a un milliard de personnes qui n'ont pas accès à l'eau potable et un milliard de personnes qui souffrent de maladies de la faim.

Quand nous posons les questions d'inclusion et d'exclusion et d'accès à la prévention et aux soins, il faut les poser au niveau

international, en même temps qu'on les pose dans notre pays. Paradoxalement, on a tendance, et heureusement, depuis une quinzaine d'années, à augmenter l'accès de par le monde de populations pauvres à des actions de prévention et de santé, et on a tendance de plus en plus, dans nos pays riches qui s'inquiètent de leur situation économique, à considérer que la santé est quelque chose qui coûte trop cher. Je dirais même, en allant plus loin, que la santé est quelque chose qui ne fait que coûter. La Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International calculent ce que coûte un pays pauvre, l'absence de structure et de système d'accès aux soins, ça coûte, et on chiffre ce que ça coûte. Dans les pays qui ont un système d'accès aux soins, on chiffre aussi ce que ça coûte. La santé est quelque chose d'extrêmement étonnant, ça coûte de l'argent quand on ne l'a pas, et ça coûte de l'argent quand on l'a. Dans cette façon de calculer d'un simple point de vue économique, et pas en termes de tragédie humaine, les coûts liés à la santé, il y a quelque chose d'irrationnel et de surréaliste. Tout le monde pense que la santé publique est souhaitable mais tout le monde pense aussi que plus ça s'améliore et plus ça va ne faire que coûter de l'argent. On met alors un but humain et des modalités économiques en opposition, et pas dans une situation qui peut éventuellement être complémentaire. Il y a quelques années, à Amartya SEN et Joseph STIGLITZ ont poursuivi, à la demande de notre président de la République, une réflexion qui existe au niveau des Nations Unies, au niveau du PNUD depuis longtemps, et qui consiste à estimer que la santé est en elle-même un bien économique. Si on considère que la santé d'une population est une richesse économique, la question des coûts économiques de la santé prend encore une fois

une dimension différente. La santé elle-même est une richesse, mais elle ne fait que coûter. Donc, on a une coexistence de ces représentations contradictoires, sans véritablement réussir à les intégrer d'un simple point de vue économique.

La précarité est une évidence. La précarité, la vulnérabilité, quelle qu'en soit la cause, expose en cas de catastrophe. Qu'il s'agisse de tremblement de terre à Haïti ou qu'il s'agisse même, dans nos pays, de changements climatiques comme la canicule ou l'ouragan Katrina à la Nouvelle-Orléans, ce sont les gens qui étaient dans une situation physiologique, psychologique, socio-économique ou culturelle qui les rendait déjà les plus vulnérables, qui ont fait partie de l'immense majorité des victimes de ces catastrophes. On parle beaucoup du principe de précaution, lorsqu'il s'agit de se protéger, soit dans notre vie quotidienne, soit devant des catastrophes qui nous menacent à intervalles réguliers. Est-ce qu'il s'agit de protéger chacun de la même manière, et donc de protéger d'autant plus ceux qui ont déjà accès à des systèmes de protection, ou est-ce qu'il s'agit de protéger en première priorité ceux dont nous savons qu'ils seront les plus vulnérables en cas de catastrophe ? Quand cette catastrophe est économique et pas climatique, ou sismique, c'est le même type de vulnérabilité et ce sont les mêmes risques pour les personnes les plus vulnérables en termes d'accès à la santé. Ces liens entre facteurs socio-économiques et maladies et durée de vie et mort prématurée et handicap, ont été étudiés par Michael MARMOT. Villermé au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, Chadwick en Angleterre au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, posaient la question, parce que c'était le début de l'utilisation des statistiques en santé publique, des

relations entre pauvreté, précarité socio-économique et maladie. Chadwick disait : quand on tombe malade ou qu'on a un handicap, ça rend pauvre et donc, c'est un facteur qui accentue la vulnérabilité socio-économique. Villermé disait : quand on a une vulnérabilité socio-économique, ça augmente la probabilité de maladie, de handicap et de mort prématurée. Les deux sont vrais parce qu'il y a un renforcement positif des deux côtés : plus vous êtes malade et plus votre situation socio-économique risque de se dégrader. Plus elle est dégradée et plus votre santé risque mise en péril. Dans la précarité, qu'on vit souvent et qu'on voit à juste titre comme un problème socio-économique et culturel, on pourrait avoir une vision plus large qui est : la vulnérabilité à laquelle les personnes sont exposées et qui risque de mettre, à court terme ou à long terme, leur santé en péril. Vis-à-vis des personnes vulnérables, et c'est encore un paradoxe d'un point de vue de l'étiologie et de l'éthique biomédicale, nous avons en général une conduite qui fait que, même quand leur vulnérabilité est due à des problèmes physiologiques, nous restreignons leur accès à la prévention et aux soins. Quand des personnes sont en situation de handicap physique, de handicap mental, quand elles ont des maladies psychiatriques, quand elles ont des handicaps liés à l'âge, paradoxalement elles ont plus de difficulté à accéder à un accompagnement et à des soins, et à des traitements si elles sont malades, que si ces personnes sont en bonne santé. Donc, la précarité socio-économique pose un problème majeur en matière d'accès de soins, mais paradoxalement la précarité physiologique, surtout quand elle est chronique, expose aussi à un abandon. Il y a quelque chose dans la médecine d'aujourd'hui, que la tarification à l'activité illustre d'une certaine manière,

et qui tient au fait que la médecine se sent d'autant plus utile, qu'elle peut changer le cours des choses pour la personne. Si une personne est âgée et a des handicaps liés à l'âge, la médecine ne la rendra pas jeune. Si une personne est en fin de vie, la médecine ne va pas l'empêcher de disparaître. Si la personne a un handicap dont on ne peut pas changer le cours, la médecine ne pourra rien changer. D'une certaine façon, parce que la médecine est devenue capable d'exploits, paradoxalement il semble qu'elle a tendance à abandonner les personnes quand elle ne peut pas changer le cours des événements. La situation de handicap chronique, de maladie chronique, d'âge avec ses handicaps, comme la situation de précarité économique parce que la médecine ne peut pas changer le cours de la vie socio-économique de la personne, a tendance au fond à faire baisser les bras. Une des illustrations majeures de cette question, c'est la fin de vie. Le grand paradoxe est qu'une médecine qui est capable de sauver des personnes en arrêt cardiaque, de sauver des personnes en coma hypoglycémique, de faire des opérations à cœur ouvert, se sent totalement démunie quand tout ce qu'il faut faire, c'est soulager la douleur et accompagner la personne. Il a fallu une révolution qu'on a appelée la « révolution des soins palliatifs » dans les années 70, en Angleterre, pour qu'on réalise que, même si la médecine ne pouvait pas guérir de la mort, elle pouvait accompagner humainement, contribuer à accompagner humainement des personnes qu'elle ne pouvait pas guérir.

L'un des enjeux de la réflexion sur la précarité, la vulnérabilité, la fragilité, l'accès au système de soins, c'est aussi l'interrogation sur : comment concevons-nous la médecine ? Si nous la concevons comme d'autant

plus valable qu'elle est capable, techniquement, de faire des choses remarquables, et bien nous considérons qu'elle est, d'une certaine façon, inutile quand il s'agit soit de prévenir à long terme, soit au contraire de pouvoir accompagner sans forcément guérir.

Donc, je crois que vulnérabilité d'une manière générale et d'une façon de poser la question de la précarité socio-économique dans un cadre peut-être plus large, les deux étant liées. Je trouve tout à fait étonnant que l'allocation aux personnes handicapées adultes est sous le seuil de la pauvreté, c'est-à-dire que nous concevons notre solidarité vis-à-vis d'une personne qui a un problème physiologique qui lui rend la vie difficile, comme devant s'accompagner d'une précarité socio-économique. On ajoute une forme de vulnérabilité à une autre, comme si la vulnérabilité devait forcément conduire à rester dans d'autres formes de vulnérabilité. Je pense que cette question d'accès aux soins et à la prévention pose une question très générale autour de notre relation entre nous et les autres, entre ceux qu'une société considère comme étant des membres à part entière de sa collectivité, ceux qui disent « nous », et puis les autres. C'est un travail permanent qu'on a tendance à oublier quand il réussit. Ça ne fait qu'un peu plus de 60 ans que la société française a considéré que la moitié de sa population, à savoir les femmes, avaient les mêmes droits que l'autre moitié de sa population qui était les hommes. Nous avons tendance à avoir des sociétés qui disent « nous » et qui excluent de ce « nous » un certain nombre de personnes. Je pense que la vulnérabilité physiologique ou la vulnérabilité psychologique, ou la vulnérabilité socio-économique fait partie de ça. On est souvent aveugles, on le répète, on le connaît,

c'est un peu comme le coût de la santé dans notre pays, des déterminants socio-économiques de la santé ; tout le monde répète depuis très longtemps que l'espérance de vie d'un cadre supérieur âgé de 35 ans est en moyenne 7 ans plus longue qu'un ouvrier qualifié du même âge. On le dit comme si au fond c'était décrire le monde.

Il y a 150 ans, Darwin revenant de son long voyage autour du monde écrivait : « grande est notre faute si la misère des pauvres n'est pas due aux lois de la nature, mais à nos institutions ». Nous nous interrogeons peu en matière de santé publique sur le fait que la manière dont nous construisons notre façon de vivre ensemble, dont nous construisons notre société. Cela se traduit, non seulement en termes d'inégalités ou d'injustices, mais en termes de santé et de maladie, et de vie et de mort. C'est en effet un gradient dont les extrêmes révèlent l'existence. Ce n'est pas seulement quand on est sans domicile que l'espérance de vie diminue de manière considérable, c'est d'une manière générale en fonction de facteurs très complexes qui semblent induire dans les relations sociales, dans les relations de travail, des éléments tel qu'un stress chronique, telle qu'une impossibilité de s'exprimer correctement, qui font que l'espérance de vie, d'un point de vue statistique, peut devenir tout à fait étonnante. Elle peut diminuer en fonction de la position hiérarchique dans les administrations anglaises, y compris quand on a mis de côté des facteurs dont on sait qu'ils entraînent la mort prématurée qui sont l'hypertension artérielle, l'obésité, le tabagisme et l'alcoolisme. Il y a donc quelque chose qui fait que, quand vous descendez les échelons hiérarchiques dans une administration anglaise, et bien votre espérance de vie diminue aussi. Il y a

quelque chose qui fait qu'on est très inquiets, à juste titre, sur les problèmes d'altération des fonctions cognitives liées à l'âge ; les études plus récentes du groupe de MARMOT indiquent qu'il y a un différentiel de 15 ans en moyenne dans l'âge de survenue d'une invalidité physique et d'une perte des fonctions cognitives en fonction de facteurs qui sont corrélés et qui touchent aux modalités de vie socio-économiques et affectives chez l'adulte jeune, c'est-à-dire plusieurs dizaines d'années avant. Nous savons, mais que faisons-nous ? Un certain nombre de facteurs qui sont des facteurs sociétaux, qui sont des facteurs que nous pouvons modifier et que nous construisons, ont des conséquences en termes de santé, de maladie et de mort prématurée. Il y a beaucoup de conventions ; les conventions ont décliné, les droits des enfants, les droits des femmes, les droits des personnes handicapées, les droits des malades, au niveau international, au niveau de l'ONU. Quelque chose me frappe dans la déclaration de l'ONU de 2006 sur les droits des personnes handicapées, elle dit que « quelle que soit la cause physiologique du handicap, la situation de handicap dans laquelle se trouvent les personnes est due pour une part essentielle aux obstacles que met la société à leur accès à leurs droits fondamentaux ». Si on considère que c'est vrai pour des causes physiologiques de handicap sensoriel, physique, mental ou psychique, on peut considérer que c'est vrai aussi pour des causes socio-économiques et culturelles qui représentent des obstacles qui sont mis à l'accès par les personnes à leurs droits fondamentaux, et en particulier en matière de prévention de santé et d'accès aux soins. Un mot est important et il forme une philosophie du soin et de la prévention, c'est ce qu'on appelle la philosophie du « care ». Il

y a des tas de déclinaisons différentes. Je trouve étonnant dans ce jeu sur les langues qu'en anglais, pour dire « soigner », on utilise le même mot que pour dire « attacher de l'importance à une personne ». « To care for somebody », c'est « attacher de l'importance à une personne », indépendamment de toute démarche qui concerne sa santé, et nous n'avons pas les mêmes mots pour dire « soigner », pour dire « traiter » que pour dire « attacher de l'importance à la personne ». Si on veut qu'il y ait un accès à la prévention en matière de santé et aux soins, ça veut dire qu'il faut que nous attachions de l'importance à chacune des personnes qui composent notre société, à l'intérieur de notre pays et à l'extérieur de notre pays. C'est pour ça qu'indépendamment de toutes les mesures qu'on peut prendre en termes juridiques, en termes médicaux, en termes législatifs, c'est véritablement d'un changement de culture dont il s'agit, c'est-à-dire d'un changement de regard. Une question peut ici se poser, considère-t-on que toutes les personnes ont droit à la protection de leur santé et aux soins, et si elles ont y droit, on leur donne ce droit ; ou est-ce que, implicitement, nous considérons qu'il y a un certain nombre de personnes qui ont moins droit que d'autres à cet accès et à ce moment-là on restreint le droit.

En matière de discrimination, nous avons tendance dans notre pays, même dans la meilleure intention d'aider les personnes, à les discriminer dans l'aide. Quand on s'est aperçu que la sécurité sociale, qui était un système encore une fois d'inclusion réciproque, abandonnait sur le côté des personnes qui ne faisaient pas partie de ces liens réciproques de cooptation et qu'on a créé la CMU, cela ne signifiait pas que les personnes pauvres allaient avoir une assurance

maladie comme les autres, qu' on allait leur donner une assurance maladie avec un nom spécial qui est « assurance maladie pour les pauvres ». On s'est aperçu que, dans l'accès aux soins, dans le refus de soins, un certain nombre de personnes qui étaient stigmatisées par ce qu'on leur avait apporté comme aide, souffraient de cette stigmatisation. Lorsque nous voulons donner accès à des droits fondamentaux, il ne faut pas que nous catégorisons la catégorie particulière qui fait que ces personnes n'y ont pas accès et dont on veut réparer le nonaccès. De cette façon on répare un problème, mais on stigmatise les personnes. Il faut donner un accès large à toutes les personnes en adaptant ensuite les moyens de faire en sorte qu'on leur permettra d'y accéder. Jonathan MANN, dans son papier « Médecine et éthique médicale, santé publique et droits de l'homme », disait quelque chose d'un peu étrange. Il disait, en parlant d'une exploration de la notion de dignité humaine et des atteintes à cette dignité humaine, et les conséquences de ces atteintes à cette dignité humaine en termes de santé, qu' « en termes de bien-être physique, psychique et social » (c'est la définition de l'OMS de la santé) une exploration permettrait de révéler un continent de souffrance humaine vis-à-vis duquel le langage biomédical pourrait se révéler inapte à toute description, voire inepte. Les systèmes de santé ont un rôle essentiel à jouer dans l'accès de tous à la prévention et aux soins mais on ne doit pas en faire seulement une affaire du système de santé, et laisser de côté des sources d'atteinte à la santé et des sources de souffrance que le monde médical n'est pas capable d'appréhender.





## SANTÉ PUBLIQUE ET POLITIQUE SÉCURITAIRE : L'UNION CONTRE-NATURE

Tribune publiée dans la revue Humanitaire, n°30, décembre 2011.  
« Santé publique et politique sécuritaire : l'union contre-nature »,  
<http://humanitaire.revues.org>

**Olivier Bernard,**  
Président de Médecins  
du Monde

Une telle logique est sous-tendue par des non-dits, peut-être même des impensés,

qu'il est temps de dévoiler : d'abord, les étrangers en situation irrégulière, les pauvres et les déficients mentaux seraient en eux-mêmes porteurs d'une dangerosité ; ensuite, l'un des moyens de se prémunir contre cette dangerosité serait de réduire au maximum l'accès de ces populations aux soins.

Cette imbrication contre-nature entre santé et sécurité questionne de manière plus globale les enjeux de santé publique et les évolutions de notre système de santé qui, pour mémoire, s'est construit autour de trois dates emblématiques. C'est en 1893 qu'un système de protection de la santé des personnes en situation de grande précarité a été mis en place. Puis, en 1945, au lendemain de la guerre, les bâtisseurs du système français de Sécurité sociale poursuivent un triple objectif : un système unique, pour tous et couvrant le maximum de risques. Enfin, en 1999, la création de la Couverture maladie universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France, en situation régulière et sous le seuil de pauvreté de bénéficier d'une prise en charge de ses dépenses de santé. Cette mesure, forme princeps de « bouclier sanitaire », s'inscrit dans la dynamique de la loi de lutte contre les exclusions de 1998 et du combat pour organiser une certaine forme d'équité dans la répartition des richesses et de lutte contre les inégalités. Parallèlement,

l'Aide médicale d'Etat (AME) permet aux personnes résidant en France mais sans autorisation de séjour et vivant sous le seuil de pauvreté, d'accéder aux soins.

### L'Aide médicale d'Etat restreinte

L'AME est un dispositif aussi utile que symbolique tant il souligne le caractère fondamental de la solidarité envers les plus vulnérables. Pourtant des mesures restrictives ont été votées qui portent atteinte à ce modèle de santé censé garantir l'accès aux soins de tous.

Ainsi, le 2 novembre 2010, dans le cadre de la loi de finances 2011, la ministre de la Santé et plusieurs députés ont défendu et fait voter à l'Assemblée nationale le démantèlement de l'AME. Ce vote aboutit à éloigner les plus pauvres des structures de soins en mettant en place un droit d'entrée annuel de 30 euros, à retarder les soins lourds pour ceux qui en ont le plus besoin en mettant en place des procédures de contrôle inutiles et à priver les plus pauvres de certains soins. Ces amendements qui affichent un objectif exclusivement budgétaire seront à terme particulièrement coûteux : retarder la prise en charge des pathologies aura un coût sans commune mesure avec les économies réalisées.

Alors que ces mêmes détracteurs s'insurgent devant l'hypothèse d'un afflux massif de migrants en vue d'une utilisation excessive du système de soin français, les données montrent que la nature de la migration tient pour la quasi totalité des cas à des raisons économiques et politiques, et pour une infime

minorité à des raisons médicales. Le jour même de la publication de la loi de finance, un rapport conjoint<sup>5</sup> de l'Inspection générale des Finances et de l'Inspection générale des Affaires sociales venait confirmer les constats de MdM et des collectifs associatifs qui se sont mobilisés contre cette décision, démontrant une nouvelle fois le caractère absurde et irresponsable de cette modification<sup>6</sup>.

En toile de fond de ces mesures se profile l'idée qu'aujourd'hui, certaines populations – les étrangers vivant en France, pauvres et précaires – n'auraient plus légitimement le droit d'accéder aux soins. Au moment même où le ministère de la Santé veut faire de la réduction des inégalités sociales de santé une priorité de la prochaine loi de santé publique, vouloir réduire l'accès aux droits et aux soins pour les plus fragiles est un mauvais signal.

### **La protection juridique des étrangers malades entamée**

Jusqu'au 4 mai 2011, le droit français prévoyait qu'une personne de nationalité étrangère, résidant en France et atteinte d'une maladie grave, avait droit à une carte de séjour pour soins. Elle ne pouvait être expulsée si elle n'avait pas la garantie d'un accès effectif à une prise en charge médicale dans son pays d'origine. La loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité en a décidé autrement<sup>7</sup>.

Le dispositif qui prévalait jusqu'alors répondait pourtant à des objectifs fonda-

mentaux de santé individuelle et publique. D'une part, il garantissait aux personnes vivant en France, ayant des maladies graves et ne pouvant accéder à des soins dans leur pays, la possibilité d'être soignés. D'autre part, il contribuait à la protection sanitaire de la collectivité en assurant que des personnes vivant sur notre territoire sont ouvertement et correctement traitées. La réforme qui a été votée est inutile et dangereuse. Inutile car aucune raison objective et raisonnable ne la justifiait : le dispositif était strictement encadré par une double procédure administrative et médicale, le nombre de cartes de séjours délivrées était resté stable depuis 2008 et ce droit ne générait nullement de migration sanitaire puisqu'il concernait les seules personnes ayant leur résidence habituelle sur le territoire français. Mais si cette évolution législative est aussi et surtout dangereuse, c'est parce qu'au lieu de s'assurer que les personnes peuvent effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans leur pays, on se contentera de vérifier que des traitements sont théoriquement disponibles. Les malades ne s'y tromperont pas. La réforme conduira beaucoup d'entre eux à préférer entrer dans la précarité ici plutôt que d'encourir une condamnation à mort probable *là-bas*, faute de traitement réellement accessible dans leur pays. C'est la situation qui prévalait jusqu'au milieu des années 1990, avant que la loi Debré ne rende ces patients inexpulsables et que la loi Chevènement ne leur reconnaisse un droit au séjour.

5- Alain Cordier, Frédéric Salas, *Analyse de l'évolution des dépenses de santé au titre de l'aide médicale d'état*, novembre 2010, Inspection générale des Finances, n°2010 M 065-03 ; Inspection générale des Affaires sociales, n°RM 2010-162P.

6- <http://odse.eu.org/-AME-et-CMU>

7- <http://www.odse.eu.org/Le-Senat-a-vote-la-condamnation-a>

### **Les populations rroms dans une situation inquiétante**

Les indicateurs de santé pour la population rom restent particulièrement alarmants. Il en va ainsi de la santé maternelle et infantile, fortement dégradée : seule une femme enceinte sur dix est correctement suivie durant sa grossesse et une femme sur dix en âge de procréer bénéficie d'une contraception (Sources enquête MdM, 2008) ; les mortalités néonatale (0-1 mois) et infantile (0-12 mois) sont respectivement 9 et 5 fois plus importantes que la moyenne française (Source : Romeurope). Et si l'on observe le nombre de cas de tuberculose diagnostiqués, il est extrêmement élevé : en 2010, 6 cas pour 240 personnes en Seine-Saint-Denis soit 2,5 % de cette population, alors que ce taux est de 0,03 % dans la population générale du département (Source : CLAT 93).

Les expulsions massives de familles rroms, rendues plus médiatiques suite au discours de Grenoble, se poursuivent, exacerbant chez cette population la peur alimentée par des intimidations répétées et des procédures administratives irrégulières de renvoi. Ces mesures ont engendré des ruptures de soins et de traitements pour des patients atteints de maladies chroniques telles que la tuberculose et le diabète, ainsi que l'interruption de campagnes de vaccination contre la rougeole pour les enfants alors que l'épidémie est de retour en France et en Europe depuis plus de trois ans. Une enquête réalisée entre juillet 2010 et juin 2011 dans quatre grandes villes françaises montre ainsi que seules 8 % des personnes rroms interrogées ont un carnet de santé confirmant que leurs

vaccins sont réellement à jour et parmi celles disposant de ce document, 55% seulement sont correctement vaccinées pour la rougeole (Source : enquête MdM juillet 2011)<sup>8</sup>.

### **L'hospitalisation psychiatrique sous contrainte étendue**

Le 2 décembre 2008, depuis une enceinte psychiatrique hospitalière, le président Sarkozy se saisissait d'un crime très rare commis par un patient schizophrène pour annoncer un plan pour la psychiatrie. Il aura suffi d'un fait divers dramatique pour relancer une politique de la peur. En amalgamant la folie à une pure dangerosité sociale, en assimilant la maladie mentale à la délinquance, est justifié un train de mesures sécuritaires. Pourtant il convient une nouvelle fois de rappeler quelques chiffres : le rapport de la Commission « Violence et santé mentale » dénombre qu'en 2005, sur 51 411 mis en examen dans des affaires pénales (crime ou délit), 212 ont bénéficié d'un non-lieu pour irresponsabilité mentale, c'est-à-dire 0,4 % des crimes et délits. En revanche, la prévalence des crimes violents contre les patients psychiatriques est 11,8 fois plus importante que dans la population générale, la proportion des vols à leur rencontre 140 fois plus importante<sup>9</sup>.

La loi du 5 juillet 2011 réformant les soins psychiatriques est ainsi entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2011. Elle renferme deux évolutions d'importance :

- l'élargissement de l'obligation de se soigner pour les patients qui ne peuvent y consentir librement ;

8- Lire le document produit par Médecins du Monde en juillet 2011, un an après le discours de Grenoble, Parias, Les Rroms en France, <http://www.medecinsdu monde.org/Presse/Dossiers-de-presse/France/Parias-les-Roms-en-France>

- l'obligation d'instaurer une audience auprès du juge des libertés et de la détention qui contrôlera le bien-fondé de l'internement.

Au-delà de ces évolutions qui tendent à majorer l'hospitalisation sous contrainte, la mise en œuvre de la loi est fortement questionnée par les professionnels du milieu psychiatrique et juridique au regard des moyens à leur disposition. En vain, un collectif de citoyens, de professionnels médicaux et sociaux avait dès le 12 décembre 2008 dénoncé les évolutions proposées en refusant de voir la question des soins psychiques réduite à un pur contrôle sécuritaire criminalisant la maladie mentale. Devant tant de « dangerosité » construite, la psychiatrie se verrait-elle expropriée de sa fonction soignante, pour redevenir la gardienne de l'ordre social<sup>10</sup> ?

### **Prisons : le secret médical menacé**

Depuis la loi du 18 janvier 1994, l'hôpital est entré dans les prisons avec la création des unités de consultation et de soins ambulatoires et des services médico-psychologiques régionaux. Rattachés à un établissement hospitalier, ces structures ne sont pas subordonnées à l'administration pénitentiaire et, comme le rappelle l'article 45 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, la levée du secret médical est strictement encadrée. Mais un décret intervenu le 23 décembre 2010 prévoit que le personnel soignant des prisons doit être représenté aux commissions pluridisciplinaires uniques, instances qui se réunissent régulièrement pour examiner la situation et le parcours pénal des détenus. Dès lors des informations

médicales sur les détenus peuvent leur être demandées, augmentant ainsi le risque de levée du secret médical. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a tenu à rappeler dans son bulletin d'information de juillet-août 2011 que le non respect du secret médical est contraire au code de déontologie médicale et à la loi, tant les conséquences peuvent être lourdes pour les détenus<sup>11</sup>.

### **La lutte contre le VIH : quand le statut des malades décide de leur accès aux soins**

Réalisé à partir d'une simple goutte de sang, le test de dépistage rapide du VIH permet d'obtenir dans un délai très court un résultat et constitue un outil complémentaire aux tests de dépistage existants. En cela, il s'avère particulièrement adapté à des populations exposées ayant peu accès aux dispositifs de dépistage classiques. Depuis le 17 novembre 2010, la réglementation autorise la réalisation de ces tests dans les cabinets médicaux, les hôpitaux, les structures et associations de prévention sanitaire. C'est une réelle avancée pour le dépistage du VIH en France, en particulier pour les populations vulnérables, parmi lesquelles les étrangers en situation irrégulière. Prévenir, dépister, accompagner vers les soins ceux qui ne peuvent pas bénéficier des structures classiques que sont les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou les établissements de santé, contribue ainsi à réduire les inégalités de santé.

Pourtant, le « paradoxe sanitaire » se noue<sup>12</sup>. En effet, dans le même temps, une

9- <http://esrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000729/0000.pdf>

10- <http://www.collec.tifpsychiatrie.fr/>

11- [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn\\_bulletin/medecin\\_18\\_complet.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecin_18_complet.pdf)

série d'attaques visant l'Aide médicale d'Etat (AME) compromet l'accès aux traitements pour les plus vulnérables et peut avoir des conséquences dramatiques pour les malades. Les difficultés d'accès à la prise en charge et aux traitements pour des personnes dépistées séropositives risquent de s'accroître, notamment pour les étrangers en situation irrégulière aux revenus très faibles. En effet, les mesures récemment votées à l'Assemblée nationale dans le cadre de la loi de finances pour 2011 et de la loi immigration, intégration et nationalité restreignent respectivement l'accès à l'AME et au droit au séjour pour raison médicale. Contradictoires avec les recommandations de santé publique les plus élémentaires en matière de prévention du VIH, dangereuses pour la santé des plus démunis, ces mesures doivent être dénoncées. La situation statutaire d'un individu ne peut en aucun cas justifier une quelconque limitation de l'accès aux soins.

### **Des aidants transformés en « délinquants de la solidarité »**

Aujourd'hui en France, accueillir, accompagner ou simplement aider une personne sans papiers est considéré comme un délit au titre de la loi. En effet, quiconque vient en aide à une personne en situation irrégulière sur le territoire tombe sous le coup de l'article L. 622-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), qui prévoit jusqu'à cinq ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende. En 2009, dans un contexte de montée des pressions policières à l'encontre de bénévoles associatifs ou de professionnels du secteur fondées sur les dispositions de cet article, un groupe

d'associations s'est constitué en collectif « délinquants solidaires »<sup>13</sup>. Par un appel du 8 avril 2009 et une pétition nationale, il en a appelé à la mobilisation en vue de l'abrogation de ce délit. Il s'agit pour ces associations de rappeler que les mesures prises contre ces « délinquants de la solidarité » sont par principe inacceptables. Intimidantes, dissuasives et répressives, elles instaurent un climat de crainte qui décourage la solidarité, tout en menaçant gravement l'intervention sociale, l'accès des étrangers à leurs droits fondamentaux et plus largement toute action d'aide et de soutien.

En affirmant qu'il y a place pour la répression à côté de la prévention et du soin, la nouvelle politique de santé cherche sa place au sein d'une politique générale qui l'encourage au renoncement éthique, à l'acceptation de la restriction de son champ d'intervention et au ralentissement du déploiement des réformes socio-sanitaires attendues. En agissant de la sorte, le ministère de la Santé participe à la dissimulation de la misère ou à la limitation de l'accès aux soins des plus précaires. Ces renoncements nous offrent l'image d'une politique de santé qui tient lieu de « service après-vente » d'un tout-répressif et d'un tout-sécuritaire. Parfois entendue, parfois désavouée, il est temps que la politique de santé ait pour seul objectif d'afficher haut et fort que la santé est un droit commun fondamental, droit associé à l'accès à d'autres droits comme la justice, l'éducation, le travail et le logement. C'est le respect de ces droits fondamentaux qui constitue la meilleure garantie de cet autre droit essentiel qu'est la sécurité pour tous.

12- [http://www.huma.nite.fr/29\\_11\\_2010-le-paradoxe-sanitaire-fran%20C3%A7ais-458818](http://www.huma.nite.fr/29_11_2010-le-paradoxe-sanitaire-fran%20C3%A7ais-458818)

13- <http://delinquants-solidaires.org/>



## LA LOI DE SÉCURITÉ INTÉRIEURE ET L'ACCÈS AUX DROITS, À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES PROSTITUÉES

**Laurent Geffroy,**  
rapporteur du Conseil  
National du Sida

L'objet qui nous intéresse ici, c'est la politique sécuritaire et ses effets sur les

politiques de santé publique en faveur des populations vulnérables et leur accès effectif à la santé. Le Conseil national du sida (CNS), que je représente, s'est toujours soucié de l'environnement politique, social, institutionnel, juridique et des droits des personnes pour améliorer leur accès à la santé et leur prévention.

Nous nous intéresserons plus précisément à la loi sécurité intérieure et à son impact sur l'intervention en faveur des personnes prostituées. Nous ne regarderons pas uniquement la loi, mais également les priorités budgétaires, la place jouée par les associations. Les politiques publiques et les priorités des gouvernants ne se lisent pas uniquement dans les textes de lois. Elles se repèrent dans les arbitrages budgétaires, les formes de gouvernance mises en place, etc.

Le CNS a fait le constat que l'action publique qui a été poursuivie ces dernières années en France a renforcé la vulnérabilité des personnes, a limité l'accès aux droits en multipliant les conditions d'accès et elle a restreint, y compris au plan budgétaire, les politiques de santé en faveur de ces populations les plus vulnérables. Le CNS travaille actuellement sur la question des migrants, il a également travaillé sur la situation des usagers de drogues, des personnes détenues.

La question des migrants a été très bien abordée par le Président de Médecins du Monde qui a évoqué les réformes de l'aide

médicale d'Etat et de l'accès au séjour pour les étrangers gravement malades. Je n'y reviens pas.

La question des usagers de drogues mérite d'être aussi mentionnée. La loi de 1970 qui pénalise l'usage et le trafic de produits stupéfiants et organise la prise en charge des usagers de drogues n'a pas été modifiée, mais par contre sa mise en œuvre a considérablement évolué. La mise en cause des usagers simples a explosé avec, aujourd'hui, près de 150 000 interpellations par an d'usagers simples pour un coût qui pourrait atteindre près d'un milliard d'euros s'agissant de l'ensemble de la réponse pénale, si on s'appuie sur les estimations réalisées par Pierre Kopp dans les années 1990. Dans le même temps, on remarque que la prise en charge des personnes les plus vulnérables – on estime le nombre d'usagers de drogues dits problématiques à 200 000 en France – est insuffisante. Les dispositifs de réduction des risques par ailleurs marquent le pas et sont insuffisamment diversifiés. Cette question s'est cristallisée autour de l'interdiction du débat sur l'ouverture à titre expérimental des salles de consommation supervisée, qui est un débat pourtant absolument nécessaire autour d'un dispositif validé par l'Inserm.

En ce qui concerne les personnes détenues, il y a un autre abcès de fixation qui est la question des programmes d'échanges de seringues, expérimentés et mis en œuvre dans de très nombreux pays et pour lesquels les pouvoirs publics ont opposé une fin de non-recevoir dans le milieu carcéral français.

Les enquêtes Prevacar et Pri2de, demandées en tant qu'études épidémiologiques depuis trois ans sont disponibles. Prevacar a été rendue publique de façon extrêmement discrète par les pouvoirs publics. Nous espérons que ses résultats vont permettre une évolution car ils ont montré que 18 % des établissements pénitentiaires savent que des seringues y circulent alors que l'épidémie d'hépatite C est très importante chez les consommateurs injecteurs.

Concernant le cas des personnes se prostituant, une évaluation notamment des pouvoirs publics devrait être effectuée selon l'article 52 de la loi Sécurité intérieure, qui prévoit que chaque année, sur le bureau du président de l'Assemblée nationale et du président du Sénat, soit remis un rapport concernant la situation sanitaire, sociale et démographique des personnes prostituées. Depuis 2003, un seul rapport a été effectué pour l'année 2004 et il n'a jamais été rendu public.

Au CNS, nous avons essayé à la fois d'auditionner, et puis également de collecter la littérature, notamment les rapports d'activités des associations de santé communautaire, des rapports d'activités sur ces sujets là au travers du prisme VIH/SIDA qu'est le notre. Et c'est dans ce cadre là que nous avons dressé notre rapport dont la première partie concerne les personnes prostituées, avec une focalisation sur les questions de vulnérabilité, la seconde partie informe les dispositifs d'actions publiques et leur évaluation et la troisième partie concerne plus précisément le secteur associatif car il y a des spécificités dans ce secteur associatif extrêmement divisées et qui bénéficient d'un soutien extrêmement inégal en fonction des objectifs poursuivis par l'association,

y compris de sa conception même de la prostitution.

On a très peu d'évaluations du nombre de personnes prostituées en France. C'est 18 000 nous dit-on du côté du ministère de l'Intérieur. En Allemagne, c'est 400 000 personnes. En Espagne, c'est 400 000 personnes. Donc, on a très peu de données nous permettant d'avoir un aspect un peu général et crédible. 60 à 80 % de cette population est une population d'origine étrangère. C'est une population qui est soumise à une dépendance économique qui, pour elle, justifie le recours à un rapport tarifé. Il y a aussi des formes de clandestinité notamment renforcées chez les personnes étrangères, et puis des formes d'emprise dans des réseaux de traite, mais qui ne sont pas forcément la majorité comme on peut parfois le lire. Il y a un certain amalgame car certains considèrent que, parce qu'il y a 80 % de personnes prostituées étrangères, alors il y a 80 % de personnes qui sont sous l'emprise de réseaux de traite. On ne peut pas avancer de pourcentages en réalité.

La mobilité des personnes prostituées est très importante, du fait de la clandestinité. C'est un aspect important à ne pas négliger quand on parle de la prostitution de voie publique. Il y a aussi une prostitution sur Internet dont on ne sait encore aujourd'hui pas suffisamment de choses. La question de la vulnérabilité sanitaire est un peu plus développée et se présente à la fois tout simplement dans le milieu extra-professionnel car il y a là des prises de risques, et puis dans le milieu professionnel. De très nombreuses difficultés sont rencontrées notamment dans des circonstances particulières, des pratiques en matière d'hygiène qui exposent les personnes



à des risques. On trouve également de fausses croyances relatives à la transmission du VIH. Ce sont ces données qui nous ont été rapportées par l'ensemble des associations de santé communautaires que nous avons constatées très, très massivement.

Rappelons qu'il n'y a pas de statut de travailleurs prostitué en France. Cela dit, l'activité n'est pas proscrite pénalement ; on est dans un entre-deux et une certaine forme d'hypocrisie.

Concernant les violences, elles sont produites par de très nombreuses personnes, que ce soit par les personnes prostituées entre elles, c'est indéniable, mais également par les clients, les personnes proxénètes, la police. Il y a aussi de la violence par rapport aux parrains, à la femme notamment, qui encadrent la personne prostituée, s'agissant des personnes prostituées originaires d'Afrique, notamment du Nigéria, avec le « juju » qui est une cérémonie et qui constitue un outil de pression sur la personne pour qu'elle rembourse sa dette, parce que la plupart des personnes étrangères ont contracté une dette en échange de leur passage en France. Cette dette s'élève entre 2 000 € et 50 000 €. Dans certaines circonstances, cette dette est renégociée à la baisse, c'est néanmoins ce qui conduit de nombreuses personnes à offrir un service sexuel.

Concernant l'action publique, elle poursuit trois objectifs : la lutte contre les formes visibles de la prostitution, la lutte contre le proxénétisme et la traite des êtres humains, la réinsertion des personnes prostituées. La loi contre la sécurité intérieure, poursuit ses objectifs. Elle ne s'inscrit pas nécessairement en rupture avec la période précédente, il existait des arrêtés anti-prostitution sur la voie

publique mais elle accroît considérablement la réponse pénale. Le premier objectif vise donc la lutte contre le racolage. Le délit de racolage passif, lourdement pénalisé, a été compliqué à caractériser. Il s'agit ici de satisfaire les riverains, de s'attaquer aux formes visibles de la prostitution, de repousser l'activité en périphérie des villes. Le deuxième objectif de l'action publique est la lutte contre le proxénétisme, la criminalité organisée et la traite d'êtres humains. Sur cet objectif, il y a un consensus assez global. En revanche, on a une réponse pénale qui a été bien spécifique avec la loi de sécurité intérieure, avec une extension de la définition du proxénétisme ; l'aide que l'on peut apporter à une personne prostituée pouvant devenir un proxénétisme. C'est avant tout ce proxénétisme qui est mis en cause aujourd'hui, et pas le proxénétisme d'exploitation plus traditionnel.

On peut enfin revenir sur le troisième objectif, qui vise à protéger les victimes et à promouvoir leur réinsertion. Beaucoup de moyens sont mis en faveur de ce volet mais de très minces résultats ont été obtenus. Nous verrons pourquoi.

Nous avons justement obtenu quelques éléments d'évaluation qui n'avaient pas été rendus publics. 5 152 procédures donc mises en cause pour racolage en 2004, ce qui représente une montée extrêmement spectaculaire de nombre de mises en cause et qui a été confirmée sur tous les sites d'observation avec un ralentissement relatif des mises en cause toutefois ces dernières années. Il y a des formes de harcèlement policier qui ne se traduisent pas nécessairement par une mise en cause au final. Concernant les mises en cause judiciaires, le nombre est beaucoup moins important mais néanmoins

on trouve un certain nombre de condamnations judiciaires à des amendes. De plus, des disparités très fortes sont observables entre les villes : il y a une mobilisation contre des personnes prostituées à Toulon par exemple qui a abouti à la disparition totale de la prostitution de voie publique et, à Marseille, dans le département voisin, il y a une forme de tolérance à l'égard des personnes prostituées. Dans une même région, on trouve des disparités de traitement.

Par ailleurs, certaines situations sont très complexes localement. À Paris, une brigade spéciale a été créée en 2004 et celle-ci a été dissoute. Par ailleurs, à Lyon, on sait que la situation reste aujourd'hui encore sous tension, avec notamment les autorités municipales et la préfecture.

Parmi les autres données, la lutte contre le proxénétisme a été évaluée. La loi Sécurité intérieure qui avait pour objectifs de démanteler les filières, de s'attaquer frontalement au proxénétisme, n'a pas entraîné de meilleurs résultats que dans les années précédentes. Au final, quel a été le bilan de la loi de sécurité intérieure ? Avant tout la mise en cause des personnes prostituées dans des procédures de mises en cause du racolage assez complexes.

On pourrait objecter que la loi Sécurité intérieure accorde aussi des droits au regard du statut supposé de victime de la personne. En 2009, 684 victimes de la traite des êtres humains et des proxénétismes ont été identifiées, mais simplement 79 titres de séjour temporaires ont été délivrés. Notons ici que la carte de résident ne sera délivrée qu'à partir du moment où la personne accusée par la victime sera condamnée, procédure que le CNS a qualifié d'inique.

Enfin, nous pouvons nous interroger sur la question des moyens mis en œuvre en faveur des associations. Les associations délivrent un travail absolument important, d'autant plus important que les pouvoirs publics sont extrêmement désengagés. En contrepartie, ils leur apportent leur concours, sous forme de subventions ou de dotations accordées à des centres d'hébergement et de réinsertion. Leur aide apparaît extrêmement variable, fonction des objectifs poursuivis par l'association.

Jusqu'au début des années 1990, l'action associative en direction des personnes prostituées est le fait d'associations mobilisées par la réinsertion sociale et professionnelle des personnes prostituées. Les principales associations sont en majorité composées, soit de bénévoles militants à l'image du Mouvement du Nid, qui compte une trentaine d'antennes en France soit de travailleurs sociaux à l'image de l'Amicale du Nid présent en région parisienne et dans différentes villes ou d'Accompagnement Lieux d'Accueil à Nice.

Avec l'apparition et le développement du VIH/sida, des projets de santé communautaire, co-pilotés par des travailleurs du sexe, voient le jour à Paris avec le Bus des Femmes, puis dans certaines régions, à l'image de Cabiria à Lyon, Grisélidis à Toulouse, Autres regards à Marseille ou Entr'actes ici à Lille. Ces associations sont soutenues au titre de la lutte contre le VIH par les pouvoirs publics depuis la toute fin des années 1980 pour les plus anciennes d'entre elles.

On a constaté que les moyens sont mis en œuvre avant tout en faveur des associations de réinsertion sociale, notamment celles qui participent au dispositif national de « l'accueil sécurisant », et qui proposent,

à travers une offre de logement, d'éloigner la personne prostituée du proxénète qu'elle aura dénoncée.

Nous disposons d'une évaluation pour l'année 2004. Les crédits consacrés à l'action sociale dépassent les 10 millions d'euros et bénéficient en très grande majorité aux associations à dominante sociale : près de 7 millions de crédits auxquels s'ajoutent plus de 3,55 millions d'euros de crédits au titre du financement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) dont sept structures spécialisées, sous statut de CHRS, qui accueillent des personnes prostituées ou des personnes ayant choisi de cesser l'activité de prostitution. Cette action est coûteuse et la file active est extrêmement réduite. Le dispositif national accueil sécurisant a accueilli 44 personnes en 2009.

Par comparaison, les crédits de la mission santé paraissent très faibles. Ainsi, environ 1,5 million d'euros ont été délégués en 2004 au titre de la lutte contre le VIH/IST/hépatites en milieu prostitutionnel par l'Etat.

Les associations de santé communautaires qui mènent une action globale, qui combine approche santé, accès aux droits et médiation culturelle et qui nécessite donc certains moyens, arrivent à financer leur action santé. Mais elles ne peuvent donc que très difficilement mener des actions à caractère social. Une réflexion pourrait s'organiser autour d'un rééquilibrage qui peut être souhaitable. Le rééquilibrage ne doit pas être uniquement budgétaire. Les associations pourraient être davantage consultées par les pouvoirs publics. L'Amicale du nid a bénéficié d'une écoute attentive, notamment lorsqu'il s'est agi de rédiger la loi de sécurité inté-

rieure. Mais toutes les associations n'ont pas été consultées. Par ailleurs, au plan local, les instances de concertation ne concernent que la prévention de la délinquance, auxquelles participent certaines associations communautaires mais où elles ne parviennent que difficilement à faire entendre leur voix.



## PRÉCARITÉ, CONTINUITÉ DES SOINS, CONTINUITÉ DE LA SANTÉ

**Pierre-Henri Bréchat**, praticien hospitalier en mobilité à la Polyclinique Baudelaire, AP-HP, professeur attaché, chercheur au CAPPS de l'EHESP à la chaire Santé de Sciences Po et à l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes du Département des Politiques de Santé de l'Université Paris Sorbonne Cité.

Parler de précarité et de continuité des soins, c'est considérer que si la précarité augmente, la continuité des soins est en désagrégation. De plus, si des tentatives d'atteinte de l'égalité d'accès aux soins, notamment

par les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont été réalisées, ce dispositif reste aujourd'hui précaire alors que les besoins augmentent. C'est un paradoxe.

Pour aborder l'ampleur de la désagrégation de la continuité des soins, prenons en compte le continuum « ambulatoire, soin, prévention, médico-social et social ». Nous pouvons trouver des éléments pour chacune de ces composantes du continuum afin d'illustrer notre propos. Les principes d'égalité, voire de solidarité et de fraternité, sont remis en cause.

En matière d'ambulatoire, d'après un article de Laetitia Clavreul paru dans le Monde en 2010, il y a plus de médecins généralistes sur le Nord-Est de Paris que la moyenne nationale, mais ces médecins ne sont plus en secteur, font d'autres activités ou pratiquent des dépassements d'honoraires. Les malades se redirigent donc vers l'hôpital et ses Permanence d'Accès aux Soins de Santé ou ses urgences. Seulement ces PASS ont été peu développées, comme

l'ont montré des travaux de Médecins du Monde, et celles qui existent sont menacées puisque le fléchage financier n'existe pas et que ces financements peuvent donc être utilisés autrement. La non-transparence est nationale, régionale et locale. Les services des urgences vont pouvoir accueillir cette patientèle-là et bénéficier de la rémunération de la consultation plus celle de l'ATU (Accueil et Traitement des Urgences). L'ARS pourrait ici agir pour améliorer ce dispositif coûteux pour l'Assurance maladie, surtout si on se réfère aux travaux de la Cour des comptes de 2006, pour qui un passage aux urgences revient en moyenne à 260 €, alors qu'en médecine libérale, c'est en moyenne de 48 €.

Pour la prévention : Tout le monde peut-il s'offrir cinq fruits et légumes, surtout sans additifs ? Tout le monde peut-il faire 30 minutes d'activité physique et sportive par jour ? Tout le monde peut-il bénéficier d'un travail sans stress ?

Pour le soin, il y a certainement un impact important sur le dispositif d'accès dû à la tarification à l'activité et à la nouvelle gouvernance ainsi qu'aux Agences Régionales de Santé qui n'ont pas forcément les outils et les moyens, pour assurer la construction d'un système de soins pour tous et d'accès possible partout. La tarification à l'activité pourrait d'avantage prendre en charge la part sociale du soin. Un travail de recherche réalisé dans un centre hospitalier universitaire (CHU) parisien qui prenait en charge nombre de personnes précaires a été réalisé pour montrer cela. Il a pris en compte l'ensemble des déterminants de la santé, grâce à un questionnaire de

l'INSEE, ce qui a permis de montrer que cet établissement prenait en charge une patientèle composée pour les trois-quarts de patients précaires. À budget global, cet établissement arrivait à prendre en charge correctement cette population, en adaptant également ses offres à leurs besoins particuliers, comme en en ophtalmologie par exemple où des lunettes gratuites pouvaient être offertes. Il a été estimé que l'arrivée de la tarification à l'activité représentait un manque à gagner de 10 millions d'€ par an pour ce CHU parisien. La remontée de l'information au niveau national a notamment pu avoir comme conséquence une amélioration du financement de la prise en charge de ces patients via la MIGAC (Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation), mais insuffisamment puisque le différentiel est resté à peu de chose près le même. Le message en direction des managers d'hôpitaux a été clair : on n'est plus sur une prise en charge globale. Cela peut entraîner une sélection de patients, et de population comme les patients précaires, mais aussi de services et de spécialités. En effet les établissements, devant être à l'équilibre et faire des bénéfices pour investir, alors qu'en Allemagne par exemple ce sont les collectivités territoriales qui investissent, peuvent être tentés de se désengager de soins moins financés que d'autres, faisant courir un risque de déconstruction d'offres nécessaires à la couverture des besoins de santé de la population. Ce risque peut concerner ce que le Haut conseil pour l'avenir (HCAAM) appelle les « patients complexes » : patients précaires, personnes âgées, patients atteints de maladies chroniques, et donc les PASS, les services de gériatrie, de psychiatrie ou de médecine interne. Les autres services, « plus rentables », peuvent prendre en plus la direction des pôles d'activité (nouvelle gouvernance) et peuvent accélérer la déconstruction

de l'égalité d'accès aux soins pour tous. L'ARS peut ne pas être en position de contre balancer cela.

Il y a en plus un effet domino sur le secteur médico-social et social. Il y a transfert de travail sur les ménages et les collectivités territoriales. Mais tous les ménages sont-ils capables de prendre en charge le financement d'une structure médico-sociale ou d'aides à domicile et toutes les collectivités territoriales peuvent-elles assurer des offres publiques suffisantes ?

On s'interroge sur le sens de ces réformes, sachant que les inégalités vont aussi s'accroître sur l'ensemble des déterminants de la santé nous pourrions ainsi parler de l'éducation, du logement, etc.

D'autres inégalités se creusent, notamment au niveau des territoires. Tout ce que l'on décrit est plus ou moins enclenché selon les territoires, mais si on accumule cette somme d'inégalités, on peut voir qu'il y a certains territoires où les personnes n'auront pas les moyens d'aller ailleurs si l'offre est ailleurs. Il y a une inégalité qui se construit aussi face à l'information : celui ou celle qui a les bonnes informations, pourra adopter les bonnes attitudes favorables à sa santé. Qui a les bonnes informations pourra avoir les bonnes filières, les bons réseaux, pour aller voir le bon médecin, le bon spécialiste, au bon endroit, pour avoir le meilleur traitement, la meilleure qualité, la meilleure sécurité, et quelque part avoir le plus de chances de guérir, le plus de chances d'avoir une espérance de vie allongée sans incapacité.

Cette accumulation potentielle d'inégalités est en faveur d'une déconstruction massive

du principe d'égalité, au bénéfice de professionnels de santé, de certaines disciplines de santé, de certains fournisseurs de médicaments ou de dispositifs. On est sur un changement de doctrine qui nous fait nous interroger sur : qu'est-ce qu'on veut de notre société ? Quelle place donne-t-on à la santé et à la santé publique ? S'agit-il de consommation des soins pour ceux qui peuvent se les offrir ou de permettre d'améliorer l'état de santé pour tout le monde en tous lieux ? Comprendre cette déconstruction-là c'est aussi comprendre où il faudrait agir pour inverser la situation. C'est ce que proposent des usagers et des citoyens Francs-Comtois dans un article de la revue santé publique. Les représentants d'associations d'usagers d'une région ont voulu savoir quelles étaient les priorités de santé des citoyens de la même région et de ses territoires de santé. Ils ont fait une liste de 42 priorités comprenant les priorités nationales, les déterminants de la santé, l'hôpital public, l'assurance maladie qui couvre l'ensemble des soins, et la chirurgie esthétique. Il y a eu près de mille réponses. Ce sont des déterminants de la santé qui ont été choisis comme priorités, comme le logement, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu ou disposer d'une eau de qualité.

Certains pourraient dire que malgré un des plus gros budgets pour la santé au monde, la l'accès aux soins et à la santé bénéficie à de moins en moins de personnes, puisque huit millions renoncent aux soins car ils sont trop onéreux. Pourtant, la marge de manœuvre pour arriver à l'égalité d'accès aux soins et à la santé existe, par la réduction des gaspillages, des hospitalisations non médicalement justifiées, etc. Des questions peuvent se poser également concernant les

choix des priorités, pour les personnes âgées par exemple, grand enjeu présent et à venir : Faut-il d'avantage financer la prévention de la dépendance ou la dépendance ? Faut-il d'avantage financer le vieillissement réussi ou la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ? Tout cela n'est pas anodin au moment où l'on assiste à un désengagement sur la prévention de la dépendance. Ce sont les universitaires de gériatrie qui le disent.

Faut-il financer une course à la technologie ou financer des prestations qui vont prendre en charge la globalité de la personne, permettant de limiter ces conflits éthiques, déontologiques et juridiques et des sélections de patients ?

La notion de système de santé n'est pas l'administration de la santé. Un système de santé, ce sont des connexions entre des besoins de santé exprimés et mesurés : par des usagers du système, mais aussi de ses professionnels qui doivent être responsabilisés. On parle beaucoup de la responsabilisation de l'utilisateur, mais peut-être que la grosse marge de manœuvre pour augmenter la valeur et réduire les gaspillages serait aussi de responsabiliser les professionnels de santé. C'est aussi rendre l'information transparente. On est quelque part sur un changement de paradigme, mais qui peut peut-être bénéficier, pas d'un mariage forcé, mais d'un intérêt partagé. La santé publique pourrait être efficace, efficiente, porteuse d'un projet de société qui soit « rétablisseur » d'égalités d'accès aux soins et à la santé. Le concept de continuité de la santé, permettant une approche globale, et prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé, peut être porteur d'un projet de société solidaire et fraternel.





# Table des matières

Introduction.....	5
-------------------	---

## Table ronde I

<b>Etat des connaissances et dispositifs de prise en charge : place de l'innovation médico-sociale</b> .....	7
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

Modérateur :

**Laurent El Ghozi**, médecin, président de l'association Elus, Santé Publique et Territoires

Les associations, dernier lieu d'expérimentations de l'Etat dans la lutte contre les inégalités de santé .....	9
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

- **Caroline Izambert**, doctorante à l'EHESS, (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales au Centre de Recherche Historique)

Constats et Actions de Médecins du Monde en France : entre résistance et innovation. ....	15
-------------------------------------------------------------------------------------------	----

- **Dr Jean-François Corty**, directeur des missions France de MdM

Handicap, précarité, fragilité : les enjeux actuels en France au regard de la convention internationale des Nations Unis relative aux droits des personnes handicapées .....	21
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

- **Bruno Gaurier**, Association des Paralysés de France, conseiller politique au Conseil Français des Personnes Handicapées pour les questions européennes et internationales

Le rôle des ARS dans la prise en charge de la précarité .....	25
---------------------------------------------------------------	----

- **Dr Laurent Chambaud**, directeur de la santé publique à l'agence régionale de la santé d'Ile de France

## Table ronde II

### Droit, éthique médicale et précarité ..... 31

Modérateur :

**Pr Pierre Lombrail**, président de la Société Française de Santé Publique

Tous inclus ..... 33

- **Pr Jean-Claude Ameisen**, médecin, chercheur, professeur  
à l'Université Paris Diderot

Santé publique et politique sécuritaire : les paradoxes sanitaires ..... 41

- **Dr Olivier Bernard**, président de l'association Médecins du Monde

La Loi de sécurité intérieure et l'accès aux droits, à la prévention et aux  
soins des personnes prostituées ..... 47

- **Laurent Geffroy**, rapporteur du Conseil National du Sida

Précarité, continuité des soins, continuité de la santé ..... 53

- **Pr Pierre-Henri Bréchat**, praticien hospitalier à la Polyclinique  
Baudelaire, AP-HP, professeur, chercheur au CAPPS de l'EHESP  
en partenariat avec la chaire Santé de Sciences Po



MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ  
डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医  
LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO  
THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO

Conception graphique : Isabelle Martija-Ochoa

## **Médecins du Monde**

62, rue Marcadet

75018 Paris

Tel : 01 44 92 15 15

Fax : 01 44 92 99 99

[www.medecinsdumonde.org](http://www.medecinsdumonde.org)