

7^e Journée Provençale de la Santé Humanitaire Vendredi 23 novembre 2012

ACTES

DROIT À
LA SANTÉ
POUR TOUS
Qui?



SANTÉ SUD

Membre du groupe SOS

Faculté de Médecine - La Timone - Marseille



FONDATION
SANOFI ESPOIR

Aix-Marseille
université



Région
PACA

CONSEIL
GENERAL
BOUCHES-DU-RHÔNE

VILLE DE
MARSEILLE
www.marseille.fr

Présentation générale

Depuis 2006, la Journée provençale de la santé humanitaire est un rendez-vous incontournable pour tous les professionnels sanitaires et sociaux qui s'intéressent à la solidarité nationale et internationale. Organisée par l'ONG marseillaise Santé Sud, elle vise à dresser des passerelles entre les acteurs, les structures et les points de vue les plus divers, dans l'optique de sublimer les différences et de se concerter davantage.

Cette journée a réuni quelque 700 personnes du public, venues écouter une vingtaines d'orateurs, visiter les 20 posters et 35 stands d'associations et de structures de solidarité en santé, et surtout échanger sur les enjeux du droit à la santé.

Thématique en 2012 : Droit à la santé pour tous

La plupart des pays du monde ont ratifié les conventions qui garantissent le Droit à la santé pour TOUS. Mais les disparités entre les pays et aussi entre les individus d'un même pays entravent l'accès à des soins effectifs pour certaines franges de la population. Quels leviers sommes-nous alors en mesure d'actionner, en tant que citoyens, pour que soit enfin appliqué ce Droit à la santé pour TOUS ? Trois tables rondes pour en discuter à la lumière de points de vue pluriels nous aideront à trouver ensemble des réponses aux enjeux actuels du Droit à la santé... afin de cheminer véritablement vers un Droit pour TOUS !

DROIT : Quels leviers juridiques pour mesurer et garantir le Droit à la santé pour TOUS ?

Le Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels (CODESC), principal organe international de contrôle du Droit à la santé, stipule que « La santé est un Droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres Droits humains, (...) lui permettant de vivre dans la dignité ». Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (...) ». En septembre 1978, 134 pays signaient la Déclaration d'Alma Ata : la Santé pour TOUS devenait l'objectif à atteindre en l'an 2000. Quant aux huit Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) pour 2015, trois d'entre eux concernent directement l'amélioration des conditions sanitaires de la population.

Mais les conflits interétatiques ainsi que les troubles interethniques ou religieux de plus ou moins grande ampleur (au Sahel, au Moyen Orient et ailleurs...) menacent la stabilité de nombreuses régions et l'intégrité physique des personnes avec, pour conséquences, la dégradation des systèmes de soins, le déplacement des populations, les migrations, etc. Le Droit humanitaire, en particulier « la responsabilité de protéger » adoptée par l'ONU en 2005, doit aussi être envisagé comme un outil transversal pour assurer le Droit à la santé.

Et force est de constater qu'en dépit des textes ratifiés par la majorité des Etats, des sommes colossales investies de toutes parts, l'exercice du Droit à la santé pour TOUS est loin d'être une prérogative universelle quand on sait que quatre milliards de personnes ne bénéficient pas de conditions sanitaires convenables, et qu'une très grande majorité d'entre eux vivent dans les pays en développement. Mais qui sont donc ces laissés pour compte du Droit à la santé et quels leviers juridiques peuvent s'appliquer ?

ACCES : Quels déterminants socio-économiques empêchent l'accès aux soins pour TOUS ?

Malgré des progrès spectaculaires de la médecine, 12 millions d'enfants meurent de maladies qui auraient pu être prévenues ; un milliard de personnes souffrent aujourd'hui de famine et de malnutrition ; un milliard et demi de personnes n'ont pas accès à une quantité suffisante d'eau potable... Combien d'autres subissent un environnement pollué ou malsain ? Combien vivent dans des conditions d'insécurité dues aux conflits et aux déplacements de populations ? Combien ne disposent pas d'un travail, d'un logement, leur permettant de vivre dignement ? Combien n'ont pas accès à une éducation adéquate ? Combien ne sont pas informées de façon suffisante et objective pour profiter pleinement de leurs Droits ? Dans un contexte d'accroissement des différences entre les plus pauvres et les plus riches, il n'est pas vain de rappeler que tous les Droits de la personne sont intimement liés, influent les uns sur les autres, et que l'ensemble des facteurs sociaux, économiques et culturels qui entourent l'être humain déterminent aussi son état de santé.

Parmi ces déterminants de la santé, l'accès à des soins de qualité de « première ligne » demeure, plus que jamais, l'indicateur privilégié d'une santé accessible à TOUS au Nord comme au Sud. Quelle possibilité une personne a-t-elle de consulter un médecin, une infirmière, une assistante sociale, un psychologue ou encore à d'être intégrée dans un centre spécialisé pour personne handicapée par exemple ? Le centre de soins est-il suffisamment près de chez elle ? En a-t-elle les moyens financiers ? Son statut le lui permet-il ? La qualité de la prestation des professionnels consultés, sur les plans technique et humain, est-elle suffisante ? Autant de questions qui renvoient aux problèmes liés à l'accès aux soins de proximité, à la marchandisation des pratiques de soins, à l'existence ou non de systèmes assurantiels, en particulier pour les maladies graves et les groupes vulnérables.

PLAIDOYER : Comment promouvoir et permettre l'application du Droit à la santé pour TOUS ?

Travailler pour améliorer l'accès à des soins de qualité, œuvrer en amont sur les nombreux déterminants de la santé demeurent, certes, de vastes chantiers à entreprendre sur une base opérationnelle pour progresser vers le Droit à la santé pour TOUS. Mais la prise de conscience des situations et de l'existence d'outils juridiques disponibles ne sont-elles pas une nécessité, non seulement pour les détenteurs des pouvoirs politiques et économiques, mais également pour et avec les groupes humains concernés ? Le plaidoyer, c'est-à-dire la défense des Droits des plus vulnérables par des pressions citoyennes auprès des décideurs à différents niveaux, serait-il la solution pour y parvenir ? Quelles expertises doit-on mobiliser alors ? Est-ce là l'avenir des ONG du Nord, confrontées à l'émergence légitime des structures associatives au Sud ? Et quelle serait alors la place de cette société civile du Sud en terme de plaidoyer ?

Autant de questions, et bien d'autres encore, qui seront abordées lors de la 7^e Journée provençale de la santé humanitaire...

Sommaire

Présentation générale	2
Mots de bienvenue	6
Paul Bénos	6
Nicole Hanssen	8
Introduction par Rony Brauman	9
TABLE RONDE 1 : DROIT – Quels leviers juridiques pour apprécier et garantir le droit à la santé pour TOUS ?	13
Facilitatrice : Charlotte Penchenier	13
Exposé par Henri Gallat	14
Débats	17
Philippe Pédrot	17
Benjamin Demagny	18
Marc Lescaudron	19
Boualem Ouzriat	20
Marie-Josée Domestici-Met	21
Echanges avec l'assistance	27
TABLE RONDE 2 : ACCES – Quels obstacles et déterminants socio-économiques empêchent l'accès aux soins pour TOUS ?	34
Facilitateur : Christian Apothéloz	34
Exposé par Henri Dubois	35
Débats	38
Didier Boeno	38
Pierre-Pascal Vandini	40
Catherine Corbeau	42
Jean-Loup Rey	45
Muriel Tyan	46
Echanges avec l'assistance	48
Grand témoin : Jean-Claude Métraux	53
Remise des Tremplins Jeunes Solidarité Santé	55
Animateur : Jean Delmont	55
Association Unis-Terre	56
Association guinéenne des étudiants de Strasbourg	57
Pharma Humanitaire de Lyon	57
Etudes et Développement	58
TABLE RONDE 2 : Plaidoyer – Comment infléchir les politiques des décideurs pour l'application du droit à la santé pour TOUS ?	60
Facilitateur : Philippe Langevin	60
Exposé par Pierre Micheletti	62
Débats	67
Pierre Lagier	67
Agnès Giannotti	70
Noura Payan	72
Philippe Valls	74

Echanges avec l'assistance	77
Grand témoin : Jean-Claude Métraux	82
Conclusion à trois voix	85
Jean-Claude Métraux	85
Rony Brauman	86
Paul Bénos	87
Motion	89
A propos des Actes	93

Mots de bienvenue

→ Paul Bénos Président de Santé Sud

Mesdames, Messieurs, chers amis, c'est bien sûr avec un immense plaisir, au nom de l'association Santé Sud que j'ai l'honneur de présider, que je vous accueille aujourd'hui à Marseille pour cette 7^e Journée Provençale de la Santé Humanitaire. Il est de tradition de commencer un discours de bienvenue par



des remerciements et je le fais volontiers. Je tiens tout d'abord à remercier nos partenaires de cette journée : l'université d'Aix-Marseille, qui devait être représentée aujourd'hui par le doyen de la faculté de médecine, Georges Leonetti, qui nous a accompagnés chaque fois dans l'introduction

de ces journées et qui s'excuse de ne pas pouvoir être présent ; le Conseil Régional ; la ville de Marseille ; le Conseil Général et la Fondation Sanofi Espoir qui intervient essentiellement de par son soutien à l'initiative des prix Tremplins Jeunes Solidarité Santé, qui récompensent les 4 meilleurs projets étudiants dans le domaine humanitaire et qui seront décernés en début d'après-midi. Je remercie chaleureusement tous les orateurs présents qui vont se succéder aujourd'hui, dont les compétences sont diverses. Un grand remerciement également à toutes les associations présentes dont le nombre et la qualité témoignent de l'attractivité de ces journées. Enfin, parce qu'on les oublie souvent mais que ces journées ne seraient pas possibles sans eux, je remercie tous les bénévoles qui

se sont engagés, qui vous ont accueillis en vous donnant vos badges et qui veilleront au bon déroulement de la journée. Nos pensées vont à la grande absente de la journée, Julie Bégin, qui est la grande organisatrice de ces journées. Nous lui envoyons tous nos remerciements et notre affection.

Voilà déjà quelques années que Santé Sud organise, c'est maintenant devenu un nom commun, ces « JPSH » ; Journées Provençales de la Santé Humanitaire. Sachant que, comme la plupart d'entre vous la connaissent, notre association Santé Sud comprend quatre axes d'interventions :

- **l'optimisation des systèmes de soin**, mission que nous avons en Mongolie, en Mauritanie, aux Comores, au Niger,
- **l'amélioration de la prise en charge des personnes vulnérables**, essentiellement par des programmes médico-psycho-sociaux qui concernent l'Algérie, la Tunisie, le Liban, le Mali, le Niger, le Sénégal,
- **la médicalisation des zones rurales**, qui avait débuté au Mali et qui s'étend aujourd'hui à Madagascar et au Bénin,
- et enfin, cette thématique de **l'éducation au développement** dans laquelle peut s'inscrire une journée comme celle d'aujourd'hui, qui est donc une rencontre entre sensibilisation, information et formation, autour de tout ce qui touche au développement.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la journée d'aujourd'hui, destinée à sensibiliser le public aux enjeux de développement de la

santé et à dresser des ponts entre les acteurs de la solidarité nationale et internationale, et cela bien entendu au-delà des appartenances politiques et idéologiques.

Le thème choisi cette année, l'accès aux soins, s'inscrit ainsi au cœur des projets de notre association et demeure, nous n'en doutons pas, un souci partagé par vous-mêmes ici présents et les associations que vous représentez. Il s'agit là d'une préoccupation certes ancienne, sans doute fondatrice de votre engagement pour la plupart d'entre vous, mais ce qui est par contre plus récent et plus contemporain, c'est que ce problème, cette problématique d'accès aux soins, touche désormais un certain nombre de pays du nord, de pays riches, et parfois brutalement.

Notre directrice Nicole Hanssen, qui va me succéder à la tribune, va vous détailler un peu plus le programme en sachant que son contenu a été élaboré par un Comité scientifique dont vous avez le détail des participants dans les dossiers qui vous ont été remis. Cette journée va s'articuler autour de trois thématiques :

- le droit de l'accès aux soins sur un plan juridique,
- les obstacles éventuels à cet accès aux soins,
- et surtout, les propositions éventuelles d'amélioration de ce problème.

Je terminerai en disant que nous avons choisi, en cadeau offert à la salle, deux personnalités d'excellence que je tiens à remercier tout particulièrement. D'abord le

docteur Jean-Claude Métraux qui sera notre fil rouge, notre Grand Témoin, et qui est pédopsychiatre. C'est aussi un homme de terrain : il a travaillé en Amérique du Sud au Nicaragua, en Irak, en ex-Yougoslavie également, sur des thématiques touchant les migrants et les personnes victimes de guerre. Il nous expliquera un petit peu tout cela et nous le remercions beaucoup de sa venue de Lausanne jusqu'à chez nous.

Notre deuxième invité de marque est le docteur Rony Brauman, que beaucoup d'entre vous connaissent évidemment. Le pedigree est long : ancien président de Médecins Sans Frontières, directeur actuel de la Fondation Médecins Sans Frontières, professeur à Sciences-Po, et parmi ses multiples activités, il a quand même un grand mérite –vous savez que beaucoup d'anciens présidents de Médecins Sans Frontières ont rempli des fonctions politiques–, puisque pour notre grande chance, Rony n'a jamais été ministre et a ainsi toujours gardé une parole libre. C'est de son contenu et de son expertise dont il nous fera profiter lors d'une intervention qui suivra celle de Nicole, ainsi qu'une autre en fin de journée. Donc merci beaucoup Rony, dans cet emploi du temps très chargé, de nous consacrer du temps pour cette journée.

Je vous souhaite à tous une riche et excellente journée, et je cède la parole à ma directrice, Nicole, qui va vous présenter un peu plus en détail le contenu de cette journée.

→ Nicole Hanssen Directrice de Santé Sud

Bonjour à tous. La journée va se jouer autour de trois tables rondes.

La première va s'orienter autour de la thématique « **Droit - Quels leviers juridiques pour apprécier et garantir le droit à la santé pour tous ?** ».

La deuxième table ronde, après la pause de ce matin, autour de l'« **Accès - Quels**

obstacles et déterminants socio-économiques empêchent l'accès aux soins pour tous ? ».

Un déjeuner d'une heure et demie nous sera ensuite offert par l'association Oasis en Lubéron. Après le déjeuner aura lieu la cérémonie

officielle de remise des Tremplins Jeunes Solidarité et Santé que nous organisons depuis maintenant deux ans en collaboration avec la fondation Sanofi Espoir, et qui récompense les cinq meilleurs projets de solidarité internationale proposés par des associations étudiantes.



Ensuite, la troisième table ronde aura pour thème le « **Plaidoyer - Comment infléchir les politiques des décideurs pour l'application du droit à la santé pour tous ?** ».

Il y aura enfin une conclusion à trois voix et une allocution de fin de journée par notre président, le docteur Paul Bénos. Le concept des tables rondes se définit par trois cercles, un animateur -qui anime et qui facilite le débat- et un exposé. C'est le cercle 1 qui introduit la thématique. Le cercle 2 est constitué de cinq panélistes qui réagissent sur ce qui a été dit, qui enrichissent, qui contredisent, créant ainsi un débat entre le cercle 1 et le cercle 2. Puis le cercle 3, vous dans la salle, qui pouvez interagir, réfléchir, répondre ou contredire les cercles 1 et 2. La parole sera ensuite donnée au docteur Jean-Claude Métraux, Grand Témoin de la journée, afin qu'il donne ses impressions, ses ressentis et peut être ses coups de gueule sur ce qui a été dit lors de la table ronde. J'ai maintenant le plaisir d'inviter le docteur Rony Brauman à faire l'allocution d'ouverture de cette 7^e Journée provençale de la santé humanitaire. Bonne journée à tous.

Introduction

→ **Rony Brauman**
Directeur d'études à la Fondation
Médecins sans frontières

Bonjour, merci de cette invitation. Dominique Desplats, en m'accueillant, m'a tout de suite prévenu de la diversité des interventions, de la variété des approches. La mienne, pour essayer d'illustrer cette orientation, sera d'emblée celle d'un critique, voire même d'un grincheux, comme l'on peut parfois m'en faire le reproche. Grincheux parce que c'est le thème même de cette journée que j'aimerais non pas mettre en cause mais mettre en question. Pas mettre en cause parce qu'évidemment, au-delà des questions que je vais poser, je me reconnais parfaitement dans l'esprit qui nous rassemble ici sinon je ne serai pas là. Comment améliorer la justice dans l'accès aux soins de santé pour tous ? À ce niveau de généralité, qui n'est ni mince ni négligeable évidemment, je rejoins tout à fait l'esprit et l'orientation d'ensemble. En revanche, comme toutes les questions se posent dans les cadres, les priorités et les mises en œuvre, c'est déjà la façon dont cette question et cet objectif sont formulés que je voudrais mettre en discussion.

« Droit à la santé pour tous, pour qui ? »
C'est pour moi la question de cette formulation classique, en tous cas déjà ancienne, du droit de la santé qui est un problème. À la fois par cette approche, disons juridico morale qui est celle du droit, et par le caractère vague de ce qu'on entend par « santé » qui vient encore compliquer, voire flouer le profil de cette

démarche et son cadre général. Qu'est-ce qu'on entend par santé ? Traditionnellement, soit ce qui remonte bien avant l'OMS et a

été repris et complété en 1945 par l'OMS, la santé se définit non pas comme l'absence de maladie mais comme « *une situation de complet bien-être physique, psychologique et social* ». Je passe sur la suite, j'ai retenu simplement le noyau dur de cette définition qui est encore régulièrement invoquée et qui semble faire foi lorsque l'on se pose en défenseur de la santé. Moi, il me semble que parler de la santé en ces termes c'est passer à côté de l'essentiel et se réfugier dans une attitude utopique voire utopiste, c'est-à-dire déjà systématique, car cet état de « *complet bien-être physique, psychologique et social* », c'est comme je le dis dans mon tout petit laïus de présentation, un état que seul un légume ou un ruminant peut atteindre en permanence ou bien que, en ce qui concerne l'être humain, seul l'usage de substances illicites ou certaines situations très particulières type l'orgasme, comme le disaient certains de ses critiques, permettent. C'est tout de même une définition de joie, d'exultation absolue qui relèvent d'un monde plus angoissant que celui du totalitarisme que



attirant qui serait celui, disons, de la vie sociale réelle. C'est de cela qu'on nous parle.

J'ai toujours été étonné qu'une assemblée aussi large d'esprit, cultivée, réfléchie que celle qui s'est réunie en 1945 pour adopter les statuts de l'OMS ait voté pour cette définition, ait pris à son compte une telle démarche, une telle approche, car au-delà du côté un peu dérisoire du sourire que l'on peut avoir dans la critique, il est tout de même préoccupant, lorsqu'on s'appelle l'Organisation Mondiale de la Santé, et lorsqu'on parle d'un sujet aussi important que celui-ci, de s'arrêter à une compréhension aussi relâchée et démagogique que celle-ci. Alors pour tenter de dépasser cela, je rappellerais une ou deux des approches de compréhension de la santé qui peuvent s'opposer à celle de l'OMS, en tout cas qui peuvent conduire à une autre compréhension de ce dont nous parlons. Je m'inspire de celui qui me semble être le penseur des questions de médecine et de santé le plus profond, à savoir Georges Canguilhem. Dans son ouvrage "*Le normal et le pathologique*", ses interrogations sur ce qu'est la santé et sur les différents points de vue qui prévalent pour tenter de la définir nous amènent à la définition qu'en avait proposé René Leriche, un chirurgien, qui définissait la santé comme « la vie dans le silence des organes ». D'ailleurs, cette notion d'un corps qui se fait discret, qui s'efface, était déjà très largement débattue et considérée comme une direction souhaitable. La philosophie des Lumières voyait aussi dans la santé le fait de ne pas sentir les mouvements de la vie. Donc cette discrétion, ce silence du corps, c'est la santé telle qu'elle s'exprime du point de vue du patient et est également à prendre en compte en ce qui concerne l'activité du médecin. Elle est naturellement très

discutable, ne serait-ce que par toutes les maladies qui incubent silencieusement et peuvent passer inaperçues, et qui conduisent à l'état potentiel de maladie alors même que la personne concernée se sent encore en santé tout à fait convenable. Tout cela est donc évidemment discutable mais reste que cela nous permet de prendre en compte différentes approches. La définition telle que l'OMS l'a donnée est la définition d'un pouvoir presque absolu : une définition collective, gouvernementale, qui efface totalement la position réelle d'une personne réelle dans une situation réelle. La définition que je contre propose derrière Canguilhem, Leriche et bien d'autres dont Diderot même, est une définition qui s'appuie plutôt sur le point de vue du patient. Il me semble justement que Canguilhem en a proposé une compréhension non pas intermédiaire mais synthétique, et qui même si elle est apparemment complexe, reflète à la fois l'aspiration du patient et celle du médecin, en parlant de la maladie d'abord toujours comme un drame plus ou moins grave, mais un drame vécu par le patient, puis surtout comme d'une diminution de son pouvoir d'action, c'est-à-dire de son pouvoir d'adaptation au milieu.- En bon philosophe, c'est donc la réduction du pouvoir normatif d'un individu qui est la démarche adoptée par Canguilhem, et qui me semble, même si elle est un peu trouble et pas immédiatement accessible, être une définition extrêmement intéressante. L'individu est défini dans ses capacités normatives, l'Homme normal étant un Homme normatif selon Canguilhem. Tout cela nous permet de comprendre une santé qui ne se définit pas de la même façon, qui n'est pas perçue, vécue de la même façon, selon qu'on est un Marseillais sur le vieux port, un Esquimau sur la banquise, un

Afghan ou un Bolivien dans ses montagnes. Les capacités normatives qui sont mobilisées dans ces différentes situations, et je ne parle là que de l'environnement social et physique immédiat car il y a bien d'autres dimensions à aborder, cette façon de se poser dans son environnement, cette vision relationnelle de la santé et de l'être humain en société, voilà qui me semble être porteur de potentiels, de réflexions beaucoup plus riches. Autrement dit, définir la maladie comme une réduction des capacités du pouvoir normatif ou des capacités normatives, c'est aussi pointer qu'on n'a pas de savoir de la santé. La santé est une valeur, elle connaît autant de hiérarchies, de variations, qu'il y a de définitions des valeurs. En revanche, il peut y avoir et il y a un savoir de la maladie, et c'est par ce biais-là me semble-t-il, à la fois par la maladie et par la conception que nous en produisent quelques penseurs que l'on doit aborder ces questions de santé.

Je saute une partie de mon analyse parce qu'on me fait signe que le temps court toujours plus vite qu'on ne le voudrait, pour pointer un problème qui me semble être d'actualité et qui sans doute peut fédérer un certain nombre de réflexions, peut-être de critiques, qui est la question de l'agent de santé, plus précisément le villageois. Je passe sur la question du droit, que j'aurais éventuellement traité dans le droit à la santé, pour m'intéresser à la question dans cet objectif de droit qui pourrait être rebasculé, comme c'était prévu pour cette journée, de la santé vers l'accès aux soins. Il s'agit pour moi d'une bascule intellectuelle importante et positive, bien que dans cet accès aux soins, je me suis aperçu récemment que l'OMS, qui conserve ce rôle de conseiller, de poseur de cadre conceptuel pour réfléchir aux questions de politiques de santé, proposait à nouveau

l'agent de santé villageois, personnage central de la conférence d'Alma-Ata de 1978 au cours de laquelle le programme « Santé pour tous en l'an 2000 » et la mise en place de systèmes de soins de santé primaires animés par des agents de santé avaient été mis en avant. L'agent de santé c'est cette personne, ce villageois généralement, mais il peut aussi avoir pour village un quartier urbain car on tient compte naturellement des transformations de l'habitat, de l'économie et de la démographie dans l'ensemble du monde. Reste que l'agent de santé villageois, c'est celui qui est choisi par sa communauté, par son environnement, du fait de son dévouement, de sa bonne volonté, et qui, fort de quelques techniques de base qu'il a acquises lors d'une formation de quelques jours à quelques semaines, va réduire de 90% environ, d'une immense proportion en tout cas, la plupart des pathologies qui relèvent de techniques de prévention ou de soins précoces permettant d'éviter soit la venue d'une maladie, soit sa complication. Si l'on va sur le site de l'OMS, on s'aperçoit par exemple que des activités telles que le triage et le sauvetage des blessés dans des catastrophes naturelles, les alertes épidémiques, la détermination de groupes vulnérables, l'éducation à la santé, sont mises en avant pour célébrer les mérites de cet agent de santé villageois. Et derrière cette apparente harmonie sociale, derrière ce côté très philanthropique basique qui est promu par l'OMS et un certain nombre d'ONG, je vois la ruse de l'idéologie néo libérale se prononcer, se dresser, se dessiner, car l'agent de santé villageois me semble être parfaitement ignorant des questions de santé, de maladies en tant que telles, et est donc un simulacre à faible coût, que l'OMS en l'officialisant, promeut au rôle de soignant qu'il n'est pas capable de remplir, et ce

faisant, dresse l'illusion d'un système de santé pour les pauvres, les paysans, les gens qui sont les moins menaçants, qui manifestent rarement, qui font rarement chuter les gouvernements. Il y a donc là une sorte d'abus de vulnérabilité me semble-t-il, auquel nous devons prendre garde, en tant qu'ONG, personnes intéressées par les questions de l'accès aux soins, de justice dans l'accès aux soins. La question de l'accès aux soins de qualité ne peut pas passer que par des formations, par des dispositifs naturellement préventifs sur lesquels il y aurait là aussi énormément de

choses à dire, mais par des situations, des politiques, de formations auxquelles nous pouvons les uns et les autres participer mais dont l'ignorance ne peut conduire qu'à une aggravation des conditions de santé. Je trouve qu'il est à la fois significatif, déplorable, et même révoltant qu'une organisation comme l'OMS endosse les politiques les plus restrictives de fourniture de l'accès aux soins, et à mon sens, ce devrait être également un thème de discussion pour cette journée. Voilà j'en ai terminé, je vous remercie pour votre attention.

TABLE RONDE 1

DROIT – *Quels leviers juridiques pour apprécier et garantir le droit à la santé pour TOUS ?*

Facilitatrice du débat :

→ **Charlotte Penchenier**
Journaliste-réalisatrice

Nous allons approfondir cette question sur le terrain du droit, sur les leviers juridiques pour apprécier et garantir le droit à la santé pour tous. Je



vous présente les intervenants de cette table ronde : Marc Lescaudron, responsable des programmes à Santé Sud pour la Méditerranée et l'Afrique de l'Ouest ; Philippe Pédrot, qui est professeur de droit à l'université de Bretagne occidentale et président de l'association Reliance lien social ; Benjamin Demagny qui est juriste au

Comede, le comité médical pour les exilés, spécialisé sur les questions d'accès aux droits des migrants ; Monsieur Boualem Ouzriat, médecin inspecteur de santé publique à la wilaya de Boumerdes en Algérie ; Marie-Josée Domestici-Met, directrice de l'Institut d'études humanitaires à l'université Paul Cézanne.

Je vais tout de suite donner la parole à Henri Gallat, qui va faire un exposé sur cette question des leviers et des outils juridiques qui garantissent l'accès au droit à la santé. Henri Gallat est avocat spécialisé en droit de la santé. Je vous invite à commencer à nous présenter un petit peu les bases qui nous permettront d'enchaîner sur un débat, et je vous invite à réfléchir à toutes les questions qui peuvent vous passer par la tête puisque vous serez invités à réagir lors d'un premier débat avec les intervenants.

TABLE RONDE 1

Exposé

➔ **Henri Gallat**
Avocat au Barreau de Lyon

La question que l'on se pose d'emblée lorsqu'on parle de droit d'accès à la santé est de savoir s'il existe des textes qui garantissent l'accès aux soins, et la réponse est une réponse de juriste : « *Oui, mais* ». Oui, le droit à la santé est aujourd'hui inscrit dans un nombre assez important de textes. Le droit à la protection de la santé, Rony Brauman en a parlé tout à l'heure dans les statuts de l'OMS, où il est dit explicitement que ce droit à la protection de la santé est un droit fondamental. C'est effectivement à partir de cette époque, c'est-à-dire après la Seconde Guerre Mondiale, que l'on trouve une mention de l'existence d'un tel droit dans les textes internationaux, aussi bien que dans les textes nationaux, ou dans les chartes fondamentales et les droits de l'homme, j'y reviendrai. Pour ce qui est des textes internationaux, il y a d'abord la Déclaration Universelle de 1948, puis ce qui est important, bien sûr, c'est le Pacte International des Droits économiques, sociaux et culturels, avec cet Article 11, qui assure la protection des droits à la protection de la santé. Il existe aussi des conventions sectorielles (convention de protection des droits de l'enfant, convention sur les droits de la femme) qui assurent également une protection de la santé des individus. Il existe enfin, toujours

au plan international, des textes régionaux, c'est-à-dire qui ne sont applicables qu'à une partie du monde : la Charte des droits de l'Homme africaine de 1981, la Charte sociale adoptée dans le cadre de la Convention européenne des droits de l'Homme en 1960, la charte sociale de l'Union Européenne, tous ces textes contiennent aussi l'affirmation d'un droit à la protection de la santé. Au plan national également, au plan des Constitutions dont fait partie la Constitution française de 1946 avec des alinéas qui garantissent la protection de la santé. Donc, des textes qui garantissent le droit à la santé, il y en a beaucoup, il y en a même trop. Le problème est de savoir comment ce droit est sanctionné, parce qu'à partir du moment où on proclame un droit, il est effectif à condition que le titulaire de ce droit puisse en obtenir l'application s'il observe une défaillance. Le titulaire de ce droit c'est l'individu, et le référencier, celui qui a l'obligation dans ces textes, c'est l'Etat ; ce sont les Etats signataires pour les conventions, et c'est l'Etat dans les



constitutions. La difficulté de faire respecter ce droit est concrètement devant les tribunaux. Elle est de plusieurs sortes : d'abord, un certain nombre des textes internationaux que j'ai évoqué, s'ils peuvent obliger les Etats entre eux, ne créent pas d'obligations à l'égard des individus. C'est le cas bien sûr du statut de l'OMS, c'est le cas de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, ce sont les principes que les Etats se sont engagés à respecter. On ne peut pas en tant que justiciable en demander le respect devant les tribunaux. Ça c'est un premier problème. Pour un certain nombre de textes, c'est différent ; ils sont invocables, c'est-à-dire que moi, justiciable, je peux demander à un juge qu'il sanctionne l'Etat qui n'a pas respecté ce droit à la protection de la santé, soit en adressant une injonction à l'Etat, soit en condamnant cet Etat à des dommages et intérêts. Il existe une part d'instance. Je peux donc, dans certains cas, invoquer le droit à la protection de la santé contenu dans un texte devant des tribunaux, pour certaines de ces Conventions. On rencontre ensuite un autre problème parce que je peux également invoquer le droit à la protection de la santé devant le juge national, si celui-ci est contenu dans ma Constitution. La difficulté est que ce droit est ce qu'on appelle un droit créance, ce n'est pas un droit qui dispense simplement l'Etat d'intervenir pour entraver les libertés, c'est un droit qui oblige les pouvoirs publics à mettre en œuvre un certain nombre de moyens. Parce que même si ce ne sont pas ceux qui soignent, il y a bien sûr des implications financières. Tous les juges reconnaissent que cette contrainte financière est susceptible de limiter les obligations de l'Etat. Le Conseil Constitutionnel, qui a déjà eu l'occasion de

se prononcer sur la portée du onzième alinéa du préambule de la Constitution de 1946, a par exemple dit, concernant la discussion du droit de finance, que à partir du moment où le législateur est compétent pour définir les modalités de financement de la sécurité sociale ou de l'assurance maladie, on ne peut pas le sanctionner si le droit de la santé pour tous n'est pas manifestement violé. De même, bien sûr que ce sont les textes qui donnent une base pour créer des droits supplémentaires. C'est peut-être sur le fondement de la Constitution française et de son alinéa 11 qu'on a adopté la couverture maladie universelle. Mais le Conseil Constitutionnel, qui a eu l'occasion de se prononcer, a reconnu que le législateur est entièrement libre d'en définir les modalités. Donc il est relativement difficile d'exiger de l'Etat qu'il mette en œuvre les moyens financiers pour respecter ce droit qui est proclamé. Là où le droit est un petit peu plus efficace, c'est lorsqu'on l'invoque, non pas pour exiger de l'Etat organisme en soi, mais au moins pour qu'il ne m'empêche pas de me faire soigner. Je veux parler du droit des étrangers, qui est protégé lorsque le risque de santé est menacé, lorsque leur état de santé plus exactement est menacé, en cas d'éloignement du territoire. Ce n'est évidemment pas seulement le texte qui est garanti par la Constitution, il y a des textes de loi à partir de 1997 qui ont été adoptés pour cela. En tous cas, depuis 2010, le Conseil d'Etat s'assure dans le respect de la loi lorsqu'il contrôle une mesure d'éloignement d'un étranger, que celui-ci ne soit pas expulsé si on n'a pas l'assurance qu'il puisse recevoir un traitement médical adéquat dans le pays de renvoi. Le traitement médical adéquat, ce n'est pas seulement l'existence de ce traitement mais

c'est aussi que ce traitement puisse être effectivement reçu au regard des considérations financières et des considérations personnelles de l'individu. Le Conseil d'Etat a également reconnu chez nous un droit, pour les mineurs, d'être soigné et pas seulement pour le cas des soins d'urgence, qui a été exigé en 2006, mais d'être soigné en toutes circonstances. En définitive, si le droit à la protection de la

santé est affirmé aujourd'hui dans un certain nombre de textes internationaux et nationaux, il est relativement difficile d'en obtenir le respect des juges, en tout cas lorsqu'il s'agit du droit d'obtenir des soins. Pour autant ces textes ne sont pas inutiles car ils peuvent servir de base juridique à la définition de politiques à mettre en œuvre. Les politiques sont libres d'en définir les modalités.

➔ **Charlotte Penchenier :** Merci beaucoup Monsieur Gallat. Est-ce que quelqu'un veut réagir à cette introduction ?

TABLE RONDE 1

Débats

→ **Philippe Pédrot**
Professeur de droit à l'Université
de Bretagne Occidentale et président de l'association Reliance Lien
Social

Le droit est un outil merveilleux dans le sens où il est très imparfait. Le droit, ce sont des textes qui créent un cadre qui en principe, met les individus debout, mais aussi les sociétés. Ce cadre



peut être plus ou moins flou. Moi qui ai enseigné en Afrique, à Abidjan, j'ai vu comment une société pouvait exploser en raison de l'absence de lien social. Parfois en France, j'ai aussi l'impression que la société se lie en raison de cette absence du lien. J'ai envie de dire que le droit doit toujours avoir comme ligne de mire trois points : *la complexité, l'altérité et l'inter culturalité*. La complexité au sens d'Edgar Morin, ce grand sociologue traduit maintenant dans une dizaine de langues, qui a écrit des ouvrages très intéressants notamment sur la métamorphose qui dit que nous allons passer de 7 milliards à 9 milliards d'individus en quelques années. Complexité parce que tout devient complexe : nos sociétés deviennent

complexes, le droit devient de plus en plus complexe, parce qu'il est peut-être trop touffu, il en devient parfois illisible. Mais la complexité c'est ce qui relie les personnes puisque *complexus* veut dire « *tisser ensemble* », donc relier les savoirs. Ce qui sans cesse fait horreur c'est la pensée mutilante, la pensée disjonctive, la pensée qui sépare, or quand on doit réfléchir à la santé, on doit aussi réfléchir au social. Il faut constamment lier le sanitaire et le social. Si on découpe la santé on ne peut pas véritablement faire un travail correct parce que dans ce cas là, on entre dans une pensée mutilante. L'altérité ensuite, parce que le droit est un cadre qui crée une relation avec l'autre. Nous n'avons rien trouvé de mieux que le droit pour réguler les sociétés humaines, parce que c'est réputé contre la violence quelle qu'elle soit, contre les conflits d'intérêt, et nous avons tous des intérêts à défendre. C'est un outil qui permet d'accompagner. Quand un professionnel de santé -un médecin, une infirmière- soigne quelqu'un, il doit accompagner avec l'idée d'un processus parfois temporel. Donc l'altérité c'est la relation à l'autre, l'écoute, la notion de temps. Enfin l'inter culturalité, c'est-à-dire que dans une société plurielle, tout devient de plus en plus interculturel.

→ **Charlotte Penchenier** : Vous avez donc dit que ce droit était à la fois trop complexe et parfois insuffisant sur certains points, êtes-vous d'accord là-dessus ? Si l'on commence par parler du droit français pour ensuite aborder d'autres terrains peut-être ?

→ **Benjamin Demagny**
Juriste en droits des étrangers
Spécialisé sur les questions d'accès
aux droits des migrants

Si l'on prend le droit d'accès à la santé, on a trois niveaux de discrimination. Je pense que cela prolonge ce que Rony Brauman a dit. Il y a le droit à la santé qui renvoie un petit peu à la question des inégalités sociales de santé, et cela sera d'ailleurs l'objet d'une table ronde. Il y a le droit aux soins, qui renvoie à la question du refus de soins, et il y a le droit à une prise en charge financière de ces soins, qui renvoie à la question du droit à une couverture maladie. Sachant que ces différents composants peuvent être contradictoires. En France, concrètement, nous avons les médecins qui sont dans une obligation aux soins, et un système qui, parfois, ne prévoit pas une prise en charge financière des soins, et cela pose un certain nombre de questions éthiques et culturelles. Deuxième chose, pour planter le décor et rejoindre l'intervention d'Henri Gallat, aujourd'hui si l'on parle des textes internationaux ou constitutionnels à l'échelle des Etats nationaux, le constat est clair : au Sud, et je dirais en plus du fait souvent de la défaillance de leur système juridique, et au Nord, du fait de leur valeur peu contraignante, l'ensemble de ces normes ne garantissent pas de droit aux soins, et le législateur, le gouvernement, légifèrent d'une certaine manière comme ils le

souhaitent avec une réserve importante. Dans les pays du Nord, il faut le noter, c'est un droit à l'accès aux soins qui est garanti par les normes internationales.

Fait intéressant, pour les mineurs, sans conditions, on a un véritable levier juridique qu'on peut actionner, il faut le savoir. C'est ce qui concrètement, aujourd'hui en France -pour ceux qui pratiquent un peu les questions d'accès aux soins- fait qu'un mineur, dès son entrée en France, a droit à une couverture maladie, qu'il soit français ou étranger, et qui fait que tous les mineurs qui sont présents en France ont droit à une couverture maladie. Après il y a aussi des hypothèses très particulières, mais là on a un vrai droit effectif. La question qui se pose une fois qu'on a fixé une norme internationale avec peu de valeur contraignante juridique, est de savoir dans quelle mesure les leviers juridiques qu'il faut actionner ne passent pas d'abord par la conservation de la valeur politique de ces droits, car ils fixent des



cadres de légitimation pour intervenir dans les pays du Sud, et dans nos pays du Nord, dans quelle mesure prend-on concrètement des mesures pour garantir cette valeur politique. Nous y reviendrons. Selon le

Comede et les conversations actuelles, il y a des signaux inquiétants de la remise en cause de la valeur politique de ce droit aux soins aujourd'hui et depuis une quinzaine d'années.

→ **Charlotte Penchenier** : Sur cette question de l'usage politique des outils juridiques, je pense que vous en connaissez un rayon Marc Lescaudron.

→ **Marc Lescaudron**
Responsable de Programmes
à Santé Sud

Effectivement à Santé Sud notre préoccupation est celle du droit effectif. Nous ne sommes pas une association de juristes, nous n'intervenons pas devant les tribunaux pour exiger l'application du droit, mais nous nous inquiétons de savoir comment rendre effectif l'accès aux soins et l'accès à des soins de la meilleure qualité possible. Nous travaillons donc à la fois sur la question de la promotion du droit, et sur celle de la défense des droits. Promotion des droits au sens par exemple de favoriser, par la pratique et par le discours, la création d'une exigence sociale. Lorsque dans le cadre du programme de médicalisation des zones rurales par exemple, nous installons un médecin généraliste communautaire dans un village, une fois que la population a pu percevoir, et sentir physiquement, concrètement dans leur vie la différence avec des soins qu'ils recevaient ou ne recevaient pas auparavant, le départ de ce médecin va susciter une exigence sociale pour qu'il soit remplacé. On ne pourra plus rester sur la même situation qui prévalait auparavant. Et là, par contre coup il peut

effectivement y avoir des politiques pour exiger des responsables à ce que la situation s'améliore. La défense des droits c'est aussi du point de vue de leur efficacité, de leur effectivité, améliorer la qualité des soins par les formations pour que l'offre de services soit à la hauteur de ce qu'il est possible d'offrir aujourd'hui. Par ces différents biais, finalement, nous essayons de travailler sur le droit effectif, nous n'ignorons pas totalement le droit normatif parce qu'il va nous servir également d'argumentaire pour convaincre des bailleurs de fond de nous soutenir, pour convaincre les politiques, les autorités nationales, au moins à nous soutenir ou alors à ne pas nous entraver dans les programmes que nous proposons, voire à y participer et à améliorer la situation en investissant là où il faut, et



également pour convaincre les publics cibles bénéficiaires de nos formations, et les populations bénéficiaires des programmes à

adhérer aux programmes que nous proposons.

→ **Charlotte Penchenier** : Je voudrais donner peut-être la parole à Monsieur Ouzriat, pour qu'il nous explique la situation en Algérie. Pas in extenso, mais par rapport à la question du droit effectif et du droit normatif, pour vous qu'est-ce qui est le plus important en Algérie ? Sur quoi faut-il agir ?

→ **Boualem Ouzriat**
**Medecin inspecteur de santé publique
pour la Direction santé et population de la
wilaya de Boumerdes**

Je crois que le droit à l'accès à la santé est intimement lié aux choix politiques. Sur ça l'exemple de l'Algérie est évident, l'Algérie devenue indépendante a connu une fragilisation sur le plan de la santé très dramatique. L'Etat à l'époque, avant même que l'Algérie n'adhère aux Conventions Internationales, a promis des lois révolutionnaires, comme la loi de 1974 qui a permis un accès gratuit à la santé pour toute la population, tout cela dans le cadre de la Constitution, ou bien la loi sanitaire de 1985, qui a engendré des résultats fulgurants, je dirai même extraordinaires, mais c'était la période où au départ on avait un Etat engagé. Des années 1980 jusqu'aux 1990, on a connu un autre contexte politique et économique du fait de différentes contraintes, qui n'était pas un choix des populations mais qui était une politique dictée. C'était la remise en cause de tous ces acquis, le retour aussi à un moment d'une transition épidémiologique par rapport à la société civile, on est retombé dans une transition des maladies transmissibles et c'était la

conséquence d'une politique que les populations n'ont pas choisie. Toute la problématique maintenant chez nous, malgré l'existence de

certaines lois, les choix politiques nouveaux qui sont apparus récemment, et qui nous imposent maintenant une bataille, d'abord, pour l'actualisation des textes, mais aussi permettre aux usagers, aux malades d'être dans le centre de décision, de participer aussi à l'élaboration des textes juridiques, avant même de revenir à l'état d'avant les années 1980. La tragédie nationale qu'a vécue l'Algérie pendant les années 1990 tient dans les ajustements structurels dictés par le FMI, la Banque Mondiale et toutes les organisations internationales monétaires, qui n'étaient pas des choix de la population. Donc je pense que si on veut réellement améliorer le cadre juridique, garantir un meilleur accès aux soins pour la population,



la question du droit à la santé pour tous, etc. il faut permettre aussi aux populations de participer de manière politique à l'élaboration des textes, et pourquoi pas permettre aux associations d'usagers de siéger dans des assemblées élues dans des conseils exécutifs, des conseils

d'administration, dans des organisations, des établissements qui gèrent des programmes de santé carrément. Et je pense aussi que mettre des lois et des textes juridiques, c'est permettre aussi aux malades, aux associations de malades, de proposer directement leurs projets de loi.

→ **Charlotte Penchenier** : Pour moi, ce qui ressort des interventions de plusieurs d'entre vous, c'est que l'action de la société, des usagers, des ONG, est souvent très importante voire indispensable pour rendre le droit effectif. Marie-Josée Domestici-Met, vous êtes d'accord avec ça ?

→ **Marie-Josée Domestici-Met**
Professeure agrégée de droit public

La participation de la société est toujours importante pour tout. Ceci étant, je pense que nous sommes en train de revenir au contenu du droit lorsque l'on dit le rôle de la société pour exiger ceci ou cela. On s'écarte un tout petit peu de ce que le responsable de notre introduction a dit, c'est-à-dire que les règles de droit existent, qu'elles ne sont pas si mal que ça - même si c'est vrai que cela dépend des pays-, que les règles et les normes internationales existantes sont d'allure tout à fait satisfaisante malgré qu'elles ont des limites qui ont été signalées par le docteur Gallat-, mais je pense que le vrai problème est effectivement le problème de l'effectivité. Monsieur Lescaudron a ensuite ajouté que Santé Sud n'est pas une organisation de juristes et que l'on recherche l'effectivité, mais les juristes peuvent vouloir l'effectivité. Si on oublie un moment de se demander ce que sont les textes -car il faut toujours parfaire les textes- mais que l'on essaie de se

concentrer déjà sur ceux qui existent, au moins à l'échelon international, et qui s'ils sont introduits dans le droit interne et mis en œuvre ensuite, devraient conduire à de bons résultats, alors

comment faire pour que les textes soient effectifs ? Le docteur Gallat nous a parlé du contentieux interne français, du contentieux européen, de manière tout à fait intéressante, et vous avez raison, on peut obtenir satisfaction contre l'administration si certains de ses comportements ont méconnu le droit à la santé. Ensuite, les juristes peuvent aussi s'intéresser à autre chose, qui est à la charnière du discours de Monsieur Lescaudron et du docteur Gallat, c'est-à-dire à l'opérationnalisation du droit, et notamment du droit à la santé. Parce que le



projet de type sanitaire, qui va par exemple être mis en œuvre par Santé Sud, par MSF - même si c'est un tout autre registre naturellement parce qu'il y a le développement d'un côté et l'urgence de l'autre- est finalement un mécanisme de mise en œuvre du droit, avec une limite, qui est la limite spatio-temporelle. C'est-à-dire que si vous faites un projet de vaccination pour X enfants dans telle zone, évidemment, l'effectivité du droit à la vaccination sera réduite à une population bien circonscrite. Ceci étant, cette limite spatio-temporelle n'est pas véritablement insurmontable. Si on envisage cet espace dans la société internationale, on est aujourd'hui face, à une culture de l'opérationnalisation qui se met vraiment en place depuis les textes les plus généraux jusqu'aux activités les plus concrètes. Je ne dis pas que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes attention, mais je dis que l'on voit aujourd'hui une certaine organisation, une certaine articulation, entre la constitution de l'OMS, entre les droits économiques et sociaux proclamés, entre les diagnostics de situation qui sont faits pays par pays -en tout cas pour les pays en développement qui demandent de l'aide- avant d'entreprendre une aide, et aujourd'hui on a un concept, que je n'ai pas encore entendu ici, qui fédère les notions de droits de l'Homme, et notamment de droit à la santé, d'action de développement,

de gouvernance satisfaisante, -pour ne pas dire de bonne gouvernance connotée par le vocabulaire de la Banque Mondiale, mais il ne faut pas non plus avoir peur des termes- et ce concept fédérateur c'est le concept de sécurité humaine, qui est sur la scène internationale depuis plusieurs décennies, qui vient encore de faire l'objet en septembre dernier d'un billet d'une résolution de l'assemblée générale, et qui se présente comme un objectif à atteindre - la paix par exemple- qui serait la situation qui règnerait si les droits de l'Homme étaient respectés. Donc si l'on réfléchit à cet objectif global de sécurité humaine, on peut se dire qu'il est possible d'envisager toute la cascade des textes depuis le niveau universel, en passant par le niveau régional, le niveau national, et par les projets précis d'action médicale, pour mettre en œuvre cette sécurité humaine. On abolit même par cette préférence, la distinction entre l'action internationale venue de l'extérieur - avec toutes les critiques qui lui sont parfois adressées- et l'action interne, puisque finalement l'Etat a la responsabilité d'assurer la sécurité humaine à sa population. Alors ici je suppose qu'il va y avoir des réactions sur le terme de responsabilité de protéger, je vais donc m'arrêter pour que les réactions puissent avoir lieu éventuellement et je reprendrai la parole après si vous le voulez bien

➔ **Charlotte Penchenier** : Y-a-t-il des réactions ?

➔ **Marc Lescaudron** : Juste une réaction pour dire que mon propos de tout à l'heure n'était pas d'opposer les juristes et les praticiens de la santé ou de la solidarité internationale, ce sont des métiers différents mais complémentaires. Le propos de Santé Sud c'est celui d'intervenir au Sud, même si la définition du Sud mérite peut-être une petite seconde qu'on s'y arrête. Je pense qu'aujourd'hui ce sont les sociétés où l'écart entre les riches et les pauvres sont les plus importants, qui peuvent être définies comme des sociétés dans lesquelles

ont doit intervenir pour amener la solidarité, parce que c'est là que les droits sont les plus inégaux pour une grande part de la population. Du coup, ce concept n'est plus géographique, n'est plus lié non plus à des histoires coloniales ou néocoloniales, et dans ces contextes-là, on constate qu'il y a une déconnexion totale entre le droit et la réalité. Je vais prendre un exemple historiquement daté, qui ne froissera personne aujourd'hui. Nous sommes dans les Républiques démocratiques populaires. À partir du moment où les mots n'ont plus de sens, on peut afficher les droits de l'Homme, on peut être comme le fut - puisqu'il n'est plus président- le président Ben Ali ; un grand démocrate. La question du droit et de son application devant les tribunaux - mais quels tribunaux ?- est une question qui peut amener le débat, et c'est pour cela que je nous situe bien, avec Santé Sud, du côté des praticiens de la santé, nos collègues et homologues de la solidarité, et pas du côté politique parce que nous n'avons pas de légitimité en tant qu'intervenants extérieurs, pour voter, pour prendre des décisions dans ces pays-là, même si notre action a bien sûr une dimension politique, comme je le disais en parlant de l'exigence sociale qu'elle peut susciter.

➔ **Philippe Pédrot :** J'ai envie de plaider pour un droit plus intelligent, au sens le plus noble du terme. L'intelligence, c'est la capacité de s'adapter. Le droit est général et abstrait, c'est ce que l'on nous enseigne en première année. On procède par catégorie : vous êtes mineur, vous êtes majeur, vous êtes une personne physique, vous êtes une personne morale, etc. On classe, on fait des catégories. Mais cela peut être mortifère. D'abord parce que l'on peut enfermer des gens quand on fait des catégories. On parle des exclus par exemple, cadre sociologique, philosophique. On parlait des personnes désaffiliées, des travaux de Robert Castel, Serge Paugam. On parle maintenant de personnes vulnérables, c'est la nouvelle catégorie à la mode. C'est très bien que l'on réfléchisse à la vulnérabilité, mais c'est un petit peu aussi enfermer les gens dans la vulnérabilité, parce qu'il existe de multiples formes de vulnérabilité, de fragilité. Il y a des personnes vulnérables, mais une personne vulnérable peut, pour un certain temps, accompagné par exemple par un personnel de santé, un personnel social, un proche, aller mieux et sortir de cette vulnérabilité. Parfois on a tendance à dire « Laissons lui l'allocation, l'AAH (Allocation Adulte Handicapé), etc., et puis oublions cette personne ». Ensuite on passe à autre chose. J'ai l'exemple d'un enfant du Var, car j'ai quitté Brest et je suis maintenant posté à Toulon, et je voyais l'éducateur qui disait : « Il n'était pas assez mal cet adolescent ». On va en fait chercher à le pousser vers une recherche d'emploi, parce qu'il allait mieux au niveau psychologique, mais qu'il n'allait pas assez mal pour répondre à la catégorie juridique de telle ou telle disposition juridique. Mais c'est mortifère ! Voilà pour ce que je voudrais dire en premier, et en deuxième, il y a de nouvelles vulnérabilités. On pourrait développer longuement, mais il y a deux types d'inégalités qui m'inquiètent, dans les pays du sud comme dans les pays du nord. J'étais au Brésil en juin dernier et on peut le constater avec le problème du logement qu'on voit dans les favelas, mais on dit qu'à Marseille c'est évident, il y a eu un article dans le Monde il y a quelques jours montrant qu'en France il y a des fractures territoriales immenses. J'ai enseigné à Brest, je suis maintenant à Toulon, mais on ne peut pas soigner de la même manière un migrant à Toulon, âgé et un migrant jeune ce n'est pas pareil, et un paysan breton. Il y a des fractures territoriales énormes, il y a des fractures culturelles.

→ **Charlotte Penchenier** : Mais pour garantir l'accès aux soins de tous et notamment des plus vulnérables est-ce qu'il vaut mieux mettre des textes qui ciblent ces populations là ? Ou des textes plus généraux qui englobent ?

→ **Philippe Pédrot** : Pour moi il faut les deux.

→ **Benjamin Demagny** : Je voudrais en fait réagir à l'intervention de Madame Domestici-Met. Je pense qu'aujourd'hui le socle des textes qui garantissent, non pas le droit à la santé mais plutôt le droit aux soins et à une prise en charge financière des soins, -l'un ne va pas sans l'autre : si on a droit aux soins mais que l'on ne peut se faire soigner que si l'on paye, c'est comme si, pour les populations vulnérables, on n'avait pas le droit de se faire soigner- est suffisant en termes de textes internationaux. La réaffirmation, dans les grandes enceintes, de nouveaux concepts qui prendraient mieux en compte la manière dont pourrait être appliqué effectivement le droit aux soins, est relativement vaine. On n'a pas forcément besoin de retravailler les normes qui ont été réaffirmées. D'une certaine manière, cela masque ensuite concrètement sur les terrains, surtout au Sud, ce qui va se passer au niveau des pays du nord. Je voudrais revenir sur la question des leviers juridiques. Les leviers juridiques, d'une part, c'est avant tout essayer d'avoir la loi nationale la plus productive possible sur ces questions-là. Sachant que si la loi ne l'est malheureusement pas, les textes internationaux sont peu protecteurs, sauf pour les mineurs. À partir de là, ce qui est très inquiétant, c'est de remettre en cause la valeur politique de ces normes, qu'on peut dire autour du droit à la santé, or progressivement, en installant progressivement dans les pays européens, des systèmes d'exclusion des droits, parce que l'impact de ces systèmes d'exclusion des droits, d'une part, va être sur le système national. On pourrait revenir sur les réformes qui vont entraîner une exclusion de l'assurance maladie de certaines catégories de migrants. Il faut savoir par exemple qu'aujourd'hui en France -et c'est très important parce qu'on l'ignore- avec le système de la couverture maladie universelle de 1999, les personnes étrangères en situation irrégulière, qui travaillent et qui cotisent à l'assurance maladie, sont exclues de tout système de protection maladie. Elles n'ont pas le droit à la couverture maladie. Il y a d'autres exemples plus techniques que l'on pourrait donner. Je ne mets pas en cause la qualité des soins qu'il peut y avoir en France ou le principe et le mécanisme de la couverture maladie, mais ce qui est inquiétant c'est qu'à partir du moment où on remet en cause dans les pays où il y a un système judiciaire et où il y a des systèmes de réglementation protectrice, où on commence à segmenter et à exclure une certaine catégorie de personnes, la valeur politique de ce droit est très inquiétante. Et au-delà de la France, prenons l'exemple de l'Espagne aujourd'hui, où les signaux qui ont été envoyés par le gouvernement espagnol -certes dans une situation de crise économique- sont très inquiétants sur la reconnaissance politique du droit à la santé. Je ne sais pas si certains d'entre vous ont vu le petit clip qui a circulé sur les médecins espagnols, qui ont, d'une certaine manière, juré qu'en dépit de ce qui se passait dans leur pays ils continueraient à soigner tout le monde. Au-delà des leviers juridiques, c'est cette valeur politique qu'il est important de réaffirmer dans nos pays du nord si l'on veut, un tant soit peu, que la valeur de ce droit ait un minimum d'effectivité dans les pays du monde.

→ **Marc Lescaudron** : Je voudrais en profiter pour réagir très rapidement. Tout à l'heure le professeur Pédrot parlait du droit comme le meilleur et le seul moyen qu'on ait inventé dans les sociétés humaines pour lutter contre la violence. Je pense que l'exemple apporté par Benjamin Demagny montre bien aussi que la violence sociale doit être institutionnalisée, et institutionnalisée par le droit, comme des tas d'exemples le montrent malheureusement dans notre histoire. Aujourd'hui, je pense qu'il est important de revenir à la définition du droit, par qui est-il fait et pour qui. Je pense que c'est un élément essentiel du débat.

→ **Charlotte Penchenier** : Je crois que Boualem Ouzriat voulait intervenir ?

→ **Boualem Ouzriat** : Alors je voudrais parler du contexte politique difficile dans les pays du sud. Chaque pays a sa société, son contexte. Si je parle de l'Algérie, je dirais qu'aujourd'hui en 2012, pour moi c'est véritablement une absurdité politique du gouvernement algérien, de tolérer, d'accepter, qu'il y ait un travail d'aide humanitaire dans un pays riche. C'est malheureux de dire ça mais ça existe chez nous. Un pays qui dispose de milliards de dollars de réserves, et qu'il y ait des cancéreux, des myopathes, et des miséreux qui attendent un geste d'ONG internationales, pour acheter cette thérapie. C'est donc la question de l'accès aux ressources, parce que cette question, à chaque fois qu'elle est posée, est de savoir pourquoi il y a de la mauvaise qualité, pourquoi la santé a un coût. Je dirais aussi que c'est à l'Etat de respecter sa responsabilité et ses engagements, surtout quand il s'agit d'un pays riche. Donc c'est aussi une question au niveau du gouvernement. Il y a une question que je voudrais poser. Je ne suis pas juriste, je suis un praticien, impliqué dans le domaine politique en ma qualité d'élue politique. Comment peut-on concilier ces questions de justice avec une question au niveau politique ? Il peut aspirer à une grande justice, donc à un bon droit, mais ce n'est pas forcément le choix du politique. Alors comment faire réfléchir à cela?

→ **Charlotte Penchenier** : Nous allons bientôt passer la parole à la salle. Je pense que Madame Domestici-Met peut dire un mot, et peut-être Henri Gallat également.

→ **Marie-Josée Domestici-Met** : Je voudrais simplement dire que bien entendu le droit peut avoir un contenu dans un sens ou dans un autre. C'est un outil et il est inspiré par des sources qui ne sont pas juridiques, qui sont métajuridiques, qui sont au-delà du juridique, et évidemment le droit peut avoir toute sorte de contenu. Il se trouve que pour l'instant, on a quand même pas mal de normes qui vont dans le bon sens en matière de droit à la santé et d'accès aux soins, du moins sur le plan international, et il est vrai que la catégorisation qui vient d'être mentionnée par Monsieur Pédrot est effectivement quelque chose qui segmente. Finalement, je dirais que la catégorisation est un peu partout, elle n'est pas seulement dans le droit, parce que le diagnostic de situation qu'on fait au début d'un projet va quand même catégoriser ceux qui ont besoin, ceux qui n'ont pas besoin, ceux qui sont en dessous d'un certain nombre de calories par jour, ce qui sont au-dessus, les enfants qui, quel pourcentage en termes de poids, pour ceux qui sont dans la moyenne etc. Je pense quand

même que malheureusement, la catégorie ne hante pas que le domaine du droit. Ceci étant, je suis tout à fait en accord avec ce que l'on vient de dire.

➔ **Henri Gallat** : Il y a eu tout à l'heure plusieurs interventions sur la difficulté du lien entre l'affirmation d'un droit, et son application par un politique. Il y a bien sûr un problème, c'est que les juges constitutionnels ne peuvent généralement pas donner d'injonction aux législateurs. Dans le droit national, ce principe de droit à la santé est contenu dans la Constitution. En France ce n'est pas possible, on sait que le constitutionnel ne peut pas dire au législateur qu'il faut inventer telle ou telle loi, mais ça existe ailleurs et la Cour Constitutionnelle qui a pris la décision de 2010 considérait qu'au regard de cette exigence et de la situation des prostituées, les pouvoirs publics -dont les législateurs- devaient adopter des mesures pour protéger la santé des prostituées. On voit là un exemple de juge qui se substitue au politique. Quelque part, c'est bien qu'il puisse le faire, mais ça pose quand même un problème, parce que normalement c'est quand même au politique de prendre cette décision. De mon point de vue, c'est donc une solution qui a été trouvée mais qui n'est pas entièrement satisfaisante.



TABLE RONDE 1

Echanges avec l'assistance

➔ **Renaux Piarroux** (*professeur en parasitologie à la faculté de médecine de La Timone, suit l'histoire de l'épidémie de choléra à Haïti depuis deux ans*) : Je voudrais aborder justement un problème de lien entre le droit et la santé, par un autre prisme qui est la protection de la santé, et les sanctions éventuelles lorsqu'est mise en danger la santé de personnes. Cet axe n'a pas été abordé et cela rejoint aussi le lien entre le droit et les politiques. J'étais la semaine dernière à Port-au-Prince. Vous savez qu'Haïti est en proie, depuis maintenant deux ans, à une épidémie de choléra qui a déjà fait plus de 7000 morts, et en fait déjà probablement beaucoup plus car c'est assez difficile de compter le nombre de morts en temps de crise. Or depuis deux ans, les preuves que cette épidémie de choléra n'était pas une fatalité se sont accumulées, preuves qu'elle n'était pas simplement liée à une catastrophe naturelle, mais qu'elle est la conséquence de l'apport du choléra par un contingent de casques bleus, qui a contaminé très fortement les rivières et qui a entraîné une explosion épidémique de choléra dans ces pays-là. Depuis deux ans, la situation va de flamber une clinique pendant la période des pluies, puis une accalmie, et cette histoire continue. Le problème qui se pose, c'est qu'un certain nombre de personnes, d'avocats, d'organisations des droits de l'Homme, essayent de se retourner contre l'ONU, pour demander des compensations pour les familles des victimes, et aussi pour demander que cette épidémie de choléra soit prise en charge de manière un petit peu plus rigoureuse, c'est vrai qu'il y a beaucoup de lacunes dans la lutte contre le choléra actuellement en Haïti. Ce que j'ai compris des discussions que j'ai pu avoir sur place, c'est que l'ONU s'apprête à dire : « Non, finalement, nous ne rendrons pas compte de cette épidémie, parce que nous sommes protégés par une immunité ». On a donc une opposition entre la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme d'abord, et puis la pratique des politiques, la pratique décisionnelle, qui dit qu'il n'y aura droit pour ces personnes-là à aucun dédommagement, même pas à mettre en place un programme efficace, en tout cas sur le terrain, contre cette maladie. J'aimerais bien avoir vos réactions sur ce point-là, merci.

➔ **Marie-Josée Domestici-Met** : Il est bien sûr extrêmement choquant que ce comportement puisse être adopté. Je pense que la notion d'immunité est mal invoquée là, il s'agit certes d'une activité - je parle de l'activité des casques bleus qui ont souillé la rivière, activité qu'ils assurent dans le cadre d'une fonction- mais ce n'était pas l'objectif de l'activité, ce n'était qu'une modalité de l'activité. Donc je pense que là cette immunité doit effectivement sauter, je crois qu'on sera tout à fait d'accord si vous voulez réagir en ce sens.

➔ **Philippe Valls** (*ancien président d'Enfants Réfugiés du Monde*) : Je ne suis pas un spécialiste du droit mais je suis assez surpris que deux éléments n'entrent pas en compte dans votre réflexion. D'une part, vous n'avez pas parlé du gigantesque mouvement de privatisation de la santé ; d'autre part, nous sommes à peu près 110 ans après la formation de la République, en 1792, et un an après la formation de la République, la Constitution de 1793 prévoyait le droit de détresse. Il me semble que ce droit de détresse, plus que le droit à la santé, serait beaucoup plus pertinent à mettre en avant aujourd'hui. Mais il est bien évident que ce droit de détresse pose un petit problème à la société dans laquelle nous sommes, puisqu'il contredit le droit à la propriété privée, et qu'il peut autoriser de ne pas respecter la propriété privée. Je pose juste une question très simple : on peut parler du droit, par exemple le droit au logement, on dit que tout le monde a droit à un logement mais il y a aujourd'hui deux millions de logements libres, vides, qui ne sont pas réquisitionnés. Pourquoi ?

➔ **Philippe Pédrot** : Il faut que le droit soit opposable. Quand la France ne respecte pas les textes, elle peut être condamnée par exemple devant la Cour européenne des droits de l'homme. C'est quand même un beau progrès du droit. Vous avez également la cour pénale internationale qui commence à faire avancer les droits de ce type. Et puis, vous avez aujourd'hui des liens entre le droit à la santé et le droit au développement. Le droit à la protection de la santé, est de plus en plus intégré dans les jurisprudences, toutes sortes de conseils d'Etats, les cours de Cassation, etc. et dans les droits sociaux, qu'on appelle fondamentaux. Donc il y a quand même un problème de droit. Et pour répondre à votre question, je voudrais citer la phrase d'un anthropologue du droit, qui est celle-ci et que j'aime beaucoup : « *Dis-moi comment tu penses le monde, je te dirai comment tu penses le droit* ». Lorsqu'en 1945, après la Deuxième Guerre Mondiale, on a voulu créer un droit de la sécurité sociale, que l'on peut appeler maintenant largement droit de la protection sociale, tous les hommes politiques, pas forcément ceux de l'époque, avaient réfléchi, à partir du rapport Beveridge de 1942 en fin de guerre, sur la notion de besoin de lutte contre la pauvreté et de la solidarité. Ça a donné ce bel idéal, qui malheureusement n'est pas suffisamment enseigné dans les facultés de médecine, de santé etc. qui s'appelle la sécurité sociale. Elle existe dans beaucoup de pays, même les Chinois, paraît-il, s'intéressent aussi à la protection sociale française, car avec une croissance démographique importante et le vieillissement de la population, il faudra créer un système de retraite. On vient en France se former à la sécurité sociale française. Nous avons un bel idéal, cet idéal malheureusement est en train de s'effriter. Cet idéal est lié à la notion de société décente, défendue par un Israélien qui s'appelle Margalit. Alors, « *Dis-moi comment tu penses le monde, je te dirai comment tu penses le droit* », voulons-nous une société décente ? J'ai émis des réserves sur la notion de vulnérabilité, mais je voudrais dire quand même que c'est une notion intéressante, parce qu'il y a des urgences, il y a des choix à faire, on ne pourra pas tout financer, on le sait bien, les médicaments coûtent parfois 2000 euros. Je crois qu'il y a quatre groupes vulnérables à mon avis à protéger avant tout : les migrants, les jeunes, les personnes très âgées, (le quatrième cinquième âge, en particulier) et puis surtout les personnes en situation de précarité ou de grande pauvreté.

→ **Henri Gallat** : Je voudrais donner quelques éléments de réponse à la question qui a été soulevée, parce qu'il y a déjà quelques éléments de réponse qui ont été donnés face à ce phénomène que vous appelez la privatisation. J'aurais un exemple à l'étranger, même s'il n'a pas abouti, et un autre sur le plan interne. Il y a eu en 1997, une décision, une loi qui a été prise par le gouvernement sud-africain, permettant à ce gouvernement, au ministre de la santé, de faire des importations parallèles de médicaments, ne respectant pas les droits qu'avaient les marques de pharmaceutique à empêcher l'exportation d'un Etat où ils produisent le moins cher vers un Etat, en l'occurrence l'Afrique du Sud, où par ailleurs le médicament était plus cher. Ce qui fait que l'on détournait en quelque sorte, une règle qui finalement est une règle qui se rattache au droit de propriété privée, c'est un droit particulier qui est le droit de celui qui produit le médicament, à le vendre où il veut, au prix qu'il souhaite, et empêcher qu'il soit vendu ailleurs sans qu'il puisse le contrôler. Et il y a entre 25 et 30 firmes pharmaceutiques qui ont déposé un recours. Le procès n'a finalement jamais abouti car la plainte a été retirée mais cela aurait été intéressant car l'efficacité du droit à la santé aurait été nécessairement invoquée en défense. Je voudrais aussi donner un exemple de la privatisation sur le plan français, parce que vous avez donné, monsieur Pédrot, des exemples d'exclus, mais je pense que les exclus, les futurs exclus, ce ne sont pas seulement ces gens-là. Tout le monde peut être concerné. Je pense au phénomène de partage des compétences hospitalières, entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée, prévu par la loi Bachelot. Le conseil constitutionnel a été saisi contre ce projet de loi en 2009, et il a rendu la décision suivante sur ce point particulier : « A partir du moment où il y a un transfert de compétences, je dirais au bénéfice des établissements de soins privés, il faut que l'agence régionale de santé qui est créée par la loi, s'assure d'une coordination avec les établissements publics, afin que le dispositif puisse permettre de garantir la continuité du service public, le onzième alinéa de la constitution de 1946 garantissant le droit à la santé pour tous. » Cela me fait penser un peu à ce qu'on appelle l'architecture. Donc, en pratique, les agences régionales de santé dans la définition de ce qu'on appelle maintenant le PRS, plan régional de santé, avec le schéma régional de répartition des soins, elles ont prévu que pour garantir cet accès à la santé pour tous, les établissements de santé privés dont les médecins libéraux qui interviennent peuvent appliquer ce qu'on appelle un tarif de secteur 2, c'est-à-dire un tarif très élevé. Il faut que les établissements de santé, que les cliniques, pour garantir le droit à la santé, s'assurent que le patient puisse trouver au sein de leur établissement un praticien qui applique un tarif de secteur 1, c'est-à-dire le tarif de la sécurité sociale.

→ **Nicole Vialle** (*infirmière à la retraite, usager du réseau de santé mutualiste des Bouches du Rhône*) : Pour vous situer les Bouches du Rhône, c'est pour moi un département très au sud d'un pays du Nord. Je suis membre d'une association les « *Amis de la médecine sociale et mutualiste* », association qui s'est constituée pour essayer de pallier à la catastrophe sanitaire créée par la disparition de la circulation du réseau de santé mutualiste. Aux centres de santé du département, 70% de la population de Port-Saint-Louis, pour ceux qui ne connaissent pas Port-Saint-Louis, c'est une presqu'île, se font soigner dans ses centres. Ce ne sont pas les patients qui sont exclus, ce sont les personnes qui ont conservé les conditions de médecine de qualité et d'accès aux soins pour tous, et le droit à la santé pour tous. Dire le « le droit, oui, mais ou sauf pour » cela ne va pas. Donc, 36 généralistes sur 42 ont été licenciés, ils sont tous en

secteur 1, ils ont été licenciés le 14 novembre, et ce que propose l'ARS, c'est d'aller travailler dans des maisons libérales. Ces médecins ont pratiqué jusqu'à maintenant en secteur 1, le tiers payant dans les centres de santé. Une circulaire exclue et refoule les patients qui n'ont pas sur eux leur carte vitale et ne peuvent donc pas payer par avance des consultations. Il y a des enfants, des bébés, qui ne peuvent pas avoir accès à des consultations en pédiatrie dans les centres de santé des Bouches du Rhône.

➔ **Mme Dupont** (*citoyenne*) : C'est intéressant ce que vous dites sur les catégories du droit. On a parlé du droit à la santé des mineurs, droit à la santé des migrants. J'ai travaillé il y a quelques années au sein de Médecins sans frontières qui a eu une mission à Marseille avec justement les migrants. Je trouve difficile de catégoriser. Je prends l'exemple des mineurs qu'on a côtoyé pendant cette mission. Qu'est-ce qu'un mineur ? Parce qu'on parle de migrants, de gens qui arrivent sans papiers, donc de gens qui arrivent parfois avec rien, alors par exemple pour un mineur, comment détermine-t-on s'il est mineur quand on voit un adolescent ? A l'époque, en tout cas, cela tenait à une radiographie de la main. Donc si vous aviez de grands os, c'était malheureux parce que vous aviez 14 ans mais on jugeait que vous en aviez 17. Sauf que vous n'avez pas forcément les mêmes droits qu'un enfant en détresse. Je trouve que c'est intéressant ce que dit Philippe Valls sur le droit de détresse. Du droit il y en a beaucoup, du droit pour les enfants et pour les mineurs il y en a aussi. A Marseille, beaucoup d'associations comme « Jeunes Errants » ont disparu, cela veut dire qu'aujourd'hui quand les migrants débarquent mineurs, ils ne savent absolument pas qu'ils ont des droits, par qui ils peuvent être pris en charge. Aujourd'hui, à Marseille, il existe une forme de solidarité communautaire. Dans les mairies, on trouve des personnes qui travaillent pour accueillir les enfants migrants arrivant par exemple en bateau. On parle beaucoup du droit, mais aujourd'hui, je trouve qu'il y a aussi du contre droit. Le délit de solidarité existe, cela s'est appliqué à Sangatte pour les gens qui avaient voulu aider des gens qui dormaient dehors, ou qui ne pouvaient pas manger, et si ce n'est pas du droit à la santé que de dormir ou manger alors je crois que je ne comprends rien. Il y a donc des choses qui s'opposent aussi au droit.

➔ **Philippe Pédrot** : Je me sens obligé de réagir puisque j'ai été au tribunal pour enfants pendant huit ans, j'ai connu ça, et ça fait réagir parce qu'il y a un infra-droit. Il y a en effet un contre droit, et surtout un non-recours au droit. Je pense qu'il faudrait réfléchir à ça. Il y a des personnes qui n'osent pas, ou qui ne savent pas culturellement qu'elles ont des droits. S'ils n'ont pas un tiers, s'ils n'ont pas un médiateur, cela peut être un médecin, assistante sociale, un éducateur... ils ne savent pas. Je prends quelques exemples : en sortant de prison, pour trouver un emploi, si on ne l'aide pas à sortir de son non recours au droit, il ne peut pas être aidé. Je pense à un autre exemple, un SDF, aidé par exemple par l'association qui s'appelle « Promo Soins », à Toulon. On lui donne un logement, mais s'il est resté pendant un an à la rue, dans la vieille ville de Toulon, il ne sait même plus ce que c'est qu'un lit. Alors, le travailleur social nous expliquait qu'il a dormi les premiers jours par terre, dans le logement. Et surtout, s'il n'a pas d'accompagnement, il ne peut pas être soigné, il va de nouveau tomber dans la dépression. Donc en fait ce que j'essaie de dire, c'est que le droit, ce sont des textes, et que

cela ne sert presque à rien si c'est ineffectif. Cela peut servir de symbole, de visée, la justice etc. Mais c'est avant tout la partie pratique qui compte, la partie concrète.

→ **Mamoudou Toure** (*chercheur en économie et représentant de l'association AGES lauréate au Tremplins Jeunes Solidarité Santé 2012*) : Ma question va vraiment de la pratique. Je viens de Guinée. Tout récemment il y a eu des élections où Condé a été élu président. Il a décrété la gratuité de la césarienne pour les femmes, sauf que l'application du décret n'a rien donné. Alors je me suis renseigné, je n'ai pas trouvé de bilan sur la prise en charge. Alors ma question est : est-ce qu'avant de voter des textes de loi, il ne faudrait pas réfléchir d'abord sur la prise en charge, sur le coût ? Et si ce n'est pas possible de le prendre en charge, pourquoi des lois ? Parce que vouloir voter des lois sans qu'il n'y ait d'application sur le terrain, ça ne sert à rien. On fait de nombreuses lois et il n'y a pas d'application par la suite. Donc ma question est : qu'est-ce qui doit précéder ? Est-ce que c'est la loi qui doit précéder le coût ? Où est-ce le coût qui doit précéder la loi ?

→ **Philippe Pédrot** : Je pense que rien ne se fera sans des études de terrain précises d'abord. Notamment, parce que le droit est non-concret. Quand vous répondez que le système santé est extrêmement complexe, on ne peut pas avoir de vision pyramidale du droit, il faut plutôt avoir une vision spirale avec les acteurs de terrain. Comment cela se passe ? Par exemple, ma fille, qui travaille chez les Gitans, m'a expliqué que ces personnes n'ont pas idée qu'un psychiatre, ça existe etc. Si on n'a pas les études de terrain, montrant que le droit de la protection de la santé, ça n'a aucun effet si on reste dans la généralité, on a tout faux. Il y a plein de lois comme ça, il y a des lois sans décrets, des lois sans moyens. Donc il faut d'abord donner la parole aux acteurs, dès aujourd'hui d'ailleurs. Donner la parole. Eux savent ce que c'est que d'être urgentiste, eux savent ce que c'est que le travail social. Et surtout, lier le sanitaire et le social, et constamment. On a une belle revue, qui s'appelle la « revue de droit sanitaire et social », il faut le faire dans la pratique, parce que les problèmes sont souvent sociaux, et pas uniquement sanitaires.

→ **Henri Gallat** : Je voudrais revenir sur la loi protégeant les mineurs. C'est un sujet qui est bien représentatif de ce qu'il se passe. C'est-à-dire que la loi est extrêmement généreuse, puisque tout mineur qui est dans un territoire français a le droit d'être protégé et a le droit d'être soigné. Elle est généreuse mais elle ne pose pas polémique, s'agissant des mineurs. Le problème c'est que, comme le disait la personne tout à l'heure, nous avons à Marseille un univers important de mineurs étrangers qui sont isolés. Isolés, c'est-à-dire sans famille, sans accompagnement adulte. Ces mineurs viennent pour beaucoup sans papiers – sans papiers parce qu'ils sont passés par des filières, des passeurs qui leur ont conseillé de les détruire. Donc ils se disent mineurs, mais ils n'ont aucun moyen de prouver leur âge. Et c'est à ce moment-là que l'on se heurte à l'arrêter préfectoral. C'est-à-dire que dans les Bouches du Rhône, actuellement, l'inertie préfectorale fait que d'une part le mineur doit prouver qu'il est mineur, donc on est dans la suspicion a priori. « J'ai 16 ans, et je dois prouver que je n'ai pas plus de 18 ans ». Parce qu'il en a été décidé ainsi, non pas par la loi, mais par les autorités locales. C'est quelque chose de parfaitement arbitraire. Il faut savoir qu'à Lyon, cela ne se passe

pas de cette manière. Le test osseux pour revenir là-dessus, est effectivement d'un délire – mais ça a été quand même conservé dans les Bouches du Rhône, sachant que toute la communauté médicale est d'accord pour souligner l'ineptie de ce test osseux. On est à priori dans la fraude. C'est-à-dire qu'on va dire que vous mentez, vous fraudez, c'est à vous de prouver que vous n'êtes pas fraudeur. Voilà pour le cas des mineurs étrangers isolés, sachant qu'il y a quand même beaucoup de travail qui est fait par les éducateurs de l'ONU et que parmi ces mineurs étrangers isolés j'entends des témoignages, vous en avez quelques-uns complètement mutilés, qui sont malades, sévèrement malades et qui dorment à la gare Saint-Charles, un mois, deux mois, jusqu'à ce que les autorités préfectorales se bousculent un peu.

→ **Charlotte Penchenier** : Je vais passer la parole pour un tout petit mot de Monsieur Ouzriat, avant de conclure.

→ **Boualem Ouzriat** : Je voudrais revenir sur la question du coût de la santé. Notre rôle, en tant qu'agent de société civil promoteur sur la promotion de la santé, cette question de coût n'est pas de notre responsabilité, c'est celle de l'Etat. Parce que si on va accepter de discuter de cette question, combien cela va nous revenir, cela va nous amener à faire des choix : qui traiter, qui ne pas traiter, quels médicaments choisir, quels médicaments ne pas choisir... si la remise en cause de tout ce concept n'est pas proposée.

→ **Marc Lescaudron** : Je voudrais juste répondre à la question sur la gratuité des soins. Parler de gratuité, c'est une erreur, car il y a forcément un coût, la question est de savoir qui le prend en charge, et le problème que vous soulevez, c'est le problème des décisions politiques démagogiques à un moment donné qui ne sont pas suivies de faits. Alors on fait des avances, et derrière qu'est-ce qu'il se passe ? Si rien n'est prévu, si rien n'est organisé ? Et je ne vais pas citer précisément de pays. Mais il y a des situations, des systèmes qui tentent de se mettre en place notamment dans le domaine obstétrical en Afrique de l'ouest, où les décisions politiques freinent l'accessibilité des soins parce qu'ils veulent contrecarrer les stratégies de survie et de bakchichs de soignants pour assurer leur propre survie. Il y a une réflexion globale à avoir sur ce système de soin, mais aussi sur la société.

→ **Marie-Josée Domestici-Met** : Un mot sur le coût : il est prévu par le pacte international, sur les droits sanitaires et sociaux, les Etats ont l'obligation de mettre un accès au droit progressivement et selon leurs moyens. Ce n'est pas une réponse précise naturellement, mais cela veut dire que la préoccupation est là. Deuxièmement, j'ai été très frappée par la convergence de certaines interventions sur le problème de l'isolement, et je sais que dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecin du Monde, il y a 82% des gens qui se présentent qui auraient une couverture et qui ne le savent pas. Donc l'importance du lien social, et la gravité des déstructurations des sociétés, à laquelle contribue évidemment le phénomène de la migration, parce que les gens partent à l'aventure et ne se rendent pas compte qu'ils seront complètement seuls, du moins qu'ils risquent complètement de l'être. Et dernier point, je crois qu'aujourd'hui on ne peut plus dire tout le bien qui vient de l'Etat, tout le

mal qu'il y a du privé : une partie du mal vient du privé, une partie du mal vient de l'Etat, il y a vraiment un réel problème de morale politique qui se pose aujourd'hui.



TABLE RONDE 2

ACCES – *Quels obstacles et déterminants socio-économiques empêchent l'accès aux soins pour TOUS ?*

Facilitateur du débat :

➔ **Christian Apothéloz**
Consultant, rédacteur en chef
Bénévole de Radio Dialogue

Dans tous les colloques, on essaie de faire des séances de travail entre les séances les plus importantes qui sont les pauses. C'est dans les pauses qu'on fait du réseau et on essaie de ne pas trop vous ennuyer pendant les séances de débat. Alors, ce débat va porter sur les obstacles et déterminants socio-économiques qui empêchent l'accès aux soins pour tous. Moi, c'est le mot « déterminant » qui m'avait surpris quand le sujet m'a été donné. Si c'est déterminant, on ne peut pas passer outre et j'espère que l'on va essayer à cette table ronde de voir comment on peut passer outre ce qui nous détermine ? Nous allons avoir un exposé d'introduction et nos cinq intervenants vont donner leur regard ainsi que les éléments de débat. Donc notre

débat va être introduit par « notre » Henri Dubois, médecin inspecteur de santé publique pour l'Agence régionale de santé d'Aquitaine et qui a aussi, comme beaucoup

d'autres intervenants ici, une expérience des pays du Sud, une expérience dans les politiques de santé publique en Afrique subsaharienne. C'est donc un déterminant qui a marqué notre table ronde et peut être le débat de Santé Sud.



TABLE RONDE 2

Exposé

➔ **Henri Dubois**
**Médecin inspecteur de santé
publique pour l'ARS d'Aquitaine**
Président de l'ASPROCOP

Merci de me donner encore l'occasion de participer à vos travaux. J'ai toujours apprécié le travail que fait Santé Sud et auquel j'ai participé très modestement. Alors, je vais parler de ces obstacles et déterminants, même si ce n'est pas un déterminisme absolu, on est bien d'accord, socio-économique qui empêchent l'accès aux soins pour tous et en insistant sur 3 pratiques.

Ce que je voulais dire d'abord c'est que l'importance de l'absence ou l'insuffisance d'éducation, la misère et son cortège de renoncement aux soins, la misère qui fait référence aux conditions de vie infrahumaine et à la grande précarité de l'emploi et par conséquent, des revenus, sont les principaux obstacles de l'accès aux soins pour tous. C'est donc d'abord une question de dignité et de droits dont il a déjà été question dans le débat précédent. L'accès possible à des soins de proximité de qualité en premier recours est ensuite une

condition et également un droit fondamental. Je rejoins ce qui a été dit sur la marchandisation de l'offre de soins qui est clairement un obstacle à l'accès aux soins pour tous. Les obstacles et déterminants se rapportant à l'organisation et à l'état de la société, à son modèle d'organisation, à sa situation de l'emploi et plus particulièrement de son système de soins et de santé sont importants. Les situations de conflits bien sûr et toute autre crise d'ampleur, mais aussi les crises économiques comme cela se voit dans certains pays (ça s'approche peut-être du nôtre) et la situation de l'emploi, et enfin l'organisation enfin du système de santé, ou sa déstabilisation peuvent

constituer des obstacles.

Je précise que je parle d'ici et de là-bas parce que ces problématiques d'accès aux soins pour tous sont de plus en plus prégnantes dans nos pays aussi, et pour des couches de populations qui ne sont pas des minorités et qui sont de plus en plus



© Hervé Vincent

importantes. Je pense donc qu'il ne faut pas s'exonérer. Dans le système de santé lui-même, il y a donc comme obstacles l'éloignement des structures de santé et la problématique de la démographie des professionnels de santé. Quand on parle d'un médecin pour dix mille habitants au Mali c'est bien dans les normes OMS et c'est vrai que par rapport à d'autres régions de ce même pays ou pays voisins, c'est beaucoup. Par contre en France, quand on est en dessous de dix médecins pour dix mille, on s'inquiète. C'est le cas pour un certain nombre de zones rurales, ou de quartiers entiers de grandes villes. Cela a un impact bien sûr sur l'accès aux soins. Il y a aussi le problème de délais des réponses apportées, délai qui tient à la démographie que je viens d'aborder mais aussi au coût des soins. Dans nos pays, cela fait référence à tout ce qui est dépassements, refus de soins liés au bénéfice de la CMU et tout ce qui est absence de tiers payant par exemple. Il y a donc un autre débat à avoir.

▫ Dans les pays du sud, le problème des services de santé se pose. En effet, le personnel soignant est peu ou plus payé et ce, toujours au détriment des populations. Cela a un impact très important sur l'accès aux soins car dans un certain nombre de cas, ces personnes vont plutôt se tourner vers les services d'urgence comme la mission France de Médecins du Monde, donc des lieux de stigmatisation par rapport à l'accès aux droits communs.

▫ Dans les dix dernières années, la gratuité des soins a été mise en œuvre dans certains pays du Sud. Dans nos pays, on a mis en place des cartes de tiers-payant, de façon plus ou moins expérimentale du point de vue de la sécurité sociale, de l'assurance-maladie ou des pratiques du tiers payant plus étendues qu'elles ne l'étaient et dans

tous les cas, ces pratiques permettent un bon compte rendu qualitatif et quantitatif dans l'accès aux soins.

▫ A contrario, on a l'effet délétère du « reste à charge », qui est total dans les pays que j'évoquais, par contre dans nos pays ce « reste à charge », augmente avec le système des franchises et avec les déplacements. On peut également évoquer l'absence ou la méconnaissance par les populations de l'accès aux droits. L'accès à la prévention est également mal distribué. Je ne prendrais qu'un exemple : celui de l'obésité et des populations précaires qui ont huit fois plus de taux d'obèses pathologies que les autres. Les obstacles et déterminants se rapportent à l'environnement et aux conditions de vie qui sont un élément de fragilisation : cela concerne la précarité ou l'absence d'emploi, les revenus, le logement. La préoccupation de la santé, on le voit par exemple pour les populations au Sud qui sont préoccupées de leur survie immédiate en terme simplement de nourriture, et bien les problèmes de santé sont bien largement au second rang des préoccupations donc avec les conséquences que nous avons déjà évoquées concernant l'aggravation d'un certain nombre de situations et leur plus grande difficulté à être pris en charge. Il ne faut pas non plus négliger le sentiment de honte qui s'attache peu à peu aux personnes qui se retrouvent marginalisées et qui les éloigne aussi d'un certain nombre de bénéfice de nos services de santé. La honte, c'est également le problème du regard des autres dans la société, l'attitude des soignants y compris. Dans les pays du Sud, on a vu des cas très durs entre les sages-femmes et les femmes, entre les infirmiers, etc. mais cela existe aussi dans nos pays, y compris dans un certain nombre

de nos établissements, dans l'accueil, dans la façon de s'adresser aux gens, leur expliquer les choses, ce qui existe pour eux en matière de prise en charge par exemple. Ce sont des éléments défavorables à l'accès aux soins.

▫ Il est également important de parler du milieu du travail. En effet, la souffrance et le manque de prévention permettent l'installation de plaies psychosomatiques, sans parler de l'exposition au danger dans l'environnement de travail. On l'a vu avec l'amiante, on le voit avec d'autres cas comme récemment les gisements de pétrole. On trouve aussi l'exemple de l'exposition des intervenants précaires chez les sous-traitants dans le nucléaire avec l'occultation des dosimètres, etc...

▫ Le risque est lié aussi au contingentement des arrêts de travail avec l'autocensure du côté des usagers et des médecins. Je ne reparlerai pas du problème du malade étranger en situation irrégulière dont on a parlé, qui est encore loin d'être

résolu et qui pose beaucoup de problèmes, beaucoup de questions et surtout beaucoup de souffrance à ceux qui sont concernés. Je terminerai en parlant des obstacles et des déterminants qui se rapportent aux personnes elles-mêmes. L'accès à l'éducation est un des déterminants socio-économiques fondamentaux qui impacte le reste du cursus d'un individu en le marquant dès le départ. Par exemple au Mali et au Niger, le niveau de scolarisation des mères impacterait sur l'état nutritionnel des enfants. Idem pour l'HTA des hommes.

▫ Ces déterminants conditionnent eux-mêmes le capital santé de l'individu en touchant les enfants des personnes adultes qui sont concernées et cela conditionne aussi durablement l'état de santé au début de la vie et après. Je pense que ce sera intéressant d'échanger sur les déterminants : qu'est-ce qu'on peut faire et par rapport à quel déterminant y a-t-il des actions possibles et des moyens d'action.

➔ **Christian Apothéloz :** Merci beaucoup pour cette introduction qui ouvre largement la discussion. On voit déjà un grand nombre de sujets que l'on va pouvoir aborder. C'est surtout comment peut-on faire l'analyse psychologique un peu complexe des obstacles, c'est comment chacun des acteurs qui sont ici voient ces déterminants, ces obstacles et peut offrir des pistes pour les dépasser. Alors, on va commencer par Didier Boeno qui va prendre la parole. Didier Boeno est médecin généraliste à Marseille, consultant à Médecins du monde, chargé de l'accueil médical des mineurs étrangers isolés. Je vous donne la parole pour poursuivre cette discussion qui vous était ouverte.

TABLE RONDE 2

Débats

→ **Didier Boeno**
Médecin généraliste libéral à
Marseille

Il s'agit donc de se demander : « qu'est-ce qui empêche une personne d'accéder aux soins ? ». Médecins du monde, sur les milliers de consultations qu'il y a chaque année, on se rend compte que 80% des personnes reçues ont potentiellement un droit à se soigner, un droit à la sécurité sociale. Beaucoup renoncent alors qu'ils connaissent en fait la manière dont il faut s'inscrire, la manière dont il faut toucher l'AME, la manière dont il faut obtenir la CMU. Alors, comment se fait-il que les personnes renoncent ? D'abord, je pense qu'il y a un certain nombre de facteurs qui fait que les choses sont difficiles à mettre en place. Je vais prendre des exemples très concrets. Imaginez-vous vous présenter à la sécurité sociale avec un dossier peut-être pas tout à fait complet, mais bon, on y va quand même. La caisse primaire Mathieu Stilatti du troisième arrondissement – Mathieu est une caisse importante, qui regroupe énormément de personnes. La queue commence vers 6h du matin. À 8 h, vous avez 200 personnes. Comment peut-on imaginer attendre quatre heures à la sécurité sociale pour une personne qui est en situation de clandestinité. Elle va se faire repérer, elle ne reste pas, elle s'en va, elle a peur. Comment imaginer qu'un toxicomane

en manque puisse attendre quatre heures tranquillement ? Alors, pourquoi il y a une telle attente ? Pourquoi cela ne fonctionne-t-il pas ? Tout simplement parce que là où il y avait avant dix personnes pour recevoir les bénéficiaires, il n'y en a plus que six, voire cinq. Et ces personnes sont pleines de bonne volonté, il ne faut pas croire que ce sont elles qui ne font pas bien leur travail mais pour beaucoup, elles sont dans le burn-out. Burn-out terme que l'on connaît et qui s'applique aux soignants mais aussi aux personnels de la santé. La barrière de la langue entre également en jeu. Vous allez arriver dans un bureau, vous ne parlez pas bien français, la personne qui va s'occuper de vous, elle, a dix minutes pour traiter votre dossier. Au bout de cinq minutes, elle n'a qu'une hâte, c'est pouvoir partir, pouvoir passer au dossier suivant. Si



vous n'avez pas compris, tant pis pour vous. L'illettrisme, au-delà de la barrière de la langue, est quand même non seulement dans la population migrante mais aussi dans la population française un phénomène qui existe, qui n'est pas du tout déposé mais qui existe. On donne un imprimé, on donne quelque chose à remplir, comment fait-on quand on ne sait pas écrire, quand on ne sait pas lire ? La nécessité de prouver que l'on est sur le territoire français depuis plus de trois mois est aussi un obstacle. Je vois certaines personnes qui sont en France depuis dix ans et qui n'ont pas un papier pour le prouver. En plus de ces facteurs « administratifs », les « facteurs d'autonomie » sont de plus en plus présents. À savoir, la part grandissante des personnes à charge, la retenue sur les actes médicaux, c'est ce 1€ que l'on rajoute, que l'on ne rembourse pas sur une consultation médicale, les franchises médicales. Imaginez-vous au bout de l'année la somme que cela représente. On a également le déremboursement de tout un tas de spécialités pharmaceutiques, les dépassements d'honoraires, la restriction du tiers payant... Il faut savoir qu'avant, on pratiquait très facilement dans les cabinets, le tiers payant. On ne peut plus le faire maintenant parce que la sécurité sociale ne peut plus retenir si on fait le tiers payant intégral, donc on est obligé de faire payer. Alors, on fait payer qui ? On fait payer les retraités qui ont 650€ par mois pour boucler leur budget. On fait payer les étudiants qui ont beaucoup de difficultés à étudier et à travailler et à se soigner. Je parlerai aussi de l'attitude de certains professionnels de santé envers certaine catégorie de population en refusant de les prendre en charge. Et puis dans une famille, notamment par exemple dans une famille

monoparentale, on hiérarchise les priorités. Une femme avec deux enfants, il faut que ses enfants aient un toit en priorité. Il faut ensuite les nourrir. Puis à la fin du mois, la femme renonce à aller voir le médecin, à aller voir le dentiste, à aller voir le gynéco. En dehors de ces aspects qui touchent à la fois les gens qui sont potentiellement bénéficiaires de droit et les gens qui ont des droits mais qui ne peuvent pas les exercer parce qu'il y a trop de barrières. Il y a à Marseille, il y a une communauté, qui elle est stigmatisée et qui ne peut absolument pas bénéficier de ce dont elle a droit : je veux parler des Roms. A Médecins du monde, il avait été organisé à la demande de la RAS et des autorités, une campagne de vaccination des enfants Roms. Cette campagne comportait donc deux injections de vaccin ROR. Cependant, elle n'a jamais pu être finalisée pour la bonne raison que les campements étaient expulsés, chassés, dispersés à travers la ville. On n'a jamais pu retrouver certains enfants et les vacciner, d'où l'épidémie de rougeole qu'on a eu à Marseille.

Alors, je vais aborder un sujet qui me tient beaucoup à cœur parce qu'il se situe vraiment à Marseille. À la faculté de Médecine, dans une ville de migrants où vivent de nombreux précaires, comment se fait-il qu'il n'y ait pas de cours sur l'accès aux soins, l'organisation de la sécurité sociale, la CMU, l'AME ? C'est incompréhensible ! Les étudiants qui sortent de la fac ne savent absolument pas comment on fait, comment conseiller les éventuels bénéficiaires. On a bien entendu l'enseignement de cette médecine occidentale dont on a été bénéficiaire mais comment se fait-il qu'il n'y ait pas de formation à la transculturalité ? Comment peut-on aborder la consultation avec une

personne venant de l'Afrique subsaharienne, comment peut-on comprendre la famille comorienne si on n'a

pas quelques informations là-dessus ? Sur ce plan-là, la formation d'un professionnel peut devenir un obstacle à l'accès aux soins.

→ **Christian Apothéloz :** Merci. C'est vraiment votre vécu, c'est votre expérience que vous nous apportez. On va donner la parole à Pierre-Pascal Vandini qui a passé dix ans à Médecins sans frontières et travaille aujourd'hui dans le réseau EMPP, Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie et on va vous donner la parole pour apporter vous aussi votre éclairage.

→ **Pierre-Pascal Vandini**
Médecin à l'EMPP (Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie)

Si on parle en fait des déterminants socio-économiques, c'est simplement parce qu'il existe des inégalités au niveau de la santé. C'est-à-dire que si vous êtes d'une famille nombreuse, avec un faible revenu, un métier qui n'est pas valorisant, vous allez être malade plus souvent et vivre par conséquent moins longtemps, ceci c'est une inégalité. Mais ce qui est important de savoir, c'est qu'on est exactement dans la même situation qu'à la période de l'après-guerre sur la situation de la mortalité infantile. On est effectivement passé d'approximativement 25 % d'enfants qui mouraient dans leur première année à un âge qui ne dépasse pas 14 ans.

Aujourd'hui il existe des inégalités qui se mesurent à ce même degré de différence.

Il y a une étude très ressentie qui date me semble-t-il de 2011. Elle a été élaborée au Danemark et traite des personnes qui ont recouru ou recourent encore à des abris précaires, des hébergements d'urgence. Il se trouve que dans ce pays, tout individu a un numéro et celui-ci le suit toute sa vie. Donc quand vous allez à l'hôpital vous présentez votre numéro, le même que vous

indiquez lorsque vous vous inscrivez dans un centre d'hébergement d'urgence ou que vous intégrez une maison de retraite. Ils ont ainsi entrepris une étude en trois ans, croisant

les épisodes de maladie, de séjour hospitalier, les raisons de ces séjours, la mortalité ; tout ceci avec les populations qui utilisaient des centres d'hébergement d'urgence. C'est de la sorte qu'ils ont réussi à mesurer de manière très précise, cette inégalité souvent mal perçue. Si on compare cette population à des espérances de vie, à 15 ans, elle est différente de 25 ans. En effet, si vous avez 15 ans et que vous vivez déjà dans un centre d'hébergement, vous pouvez être sûr que vous allez mourir en moyenne 25 ans plus tôt qu'une autre personne jouissant de bonnes conditions de



vie et d'un environnement adéquat. Donc c'est un sujet qui extrêmement important.

Il est essentiel qu'on se serve de catégories pour déterminer le problème. Mais, une fois celui-ci déterminé, il faut complètement annuler cette catégorie, parce que ça nous bloque, et à ce moment on mélange les gens qui vivent dans la rue et les gens qui ont le RSA, ce sont deux catégories totalement différentes, et dont les besoins différent également. On en parlait un peu des obstacles qui existent dans le système de soins, et je vais encore insister parce que je suis médecin, avec une pratique très particulière parce que je travaille simultanément dans la rue et à l'hôpital.

On n'est pas formé en tant que médecin, et tu l'as dit tout à l'heure Didier, on n'est pas formé en tant que médecin pour affronter la précarité. Au fond, on nous apprend à voir les maladies comme ce qu'on appelle des tableaux cliniques, des cases, où on reconnaît des symptômes. Nous ne sommes pas formés à voir la différence, le cas particulier, on n'est pas formé à faire du droit.

Je n'ai jamais été formé à faire un certificat médical, j'en fais pourtant tous les jours. Toute ma pratique, c'est l'expérience, et au fur et à mesure des erreurs que j'ai commises, et qui ont payé ; c'est les gens que j'ai rencontré et qui avaient besoin de ce certificat pour avoir la CMU, pour pouvoir avoir un droit de séjour sur le territoire français, pour mettre leurs enfants à l'école...

Et c'est vrai qu'il n'y a pas des cours pour cela, malheureusement. Il y a des cours en faculté, mais divisés. Il y a un cours sur la CMU, il y a un cours sur l'addictologie, il y a un cours sur les droits sociaux et ça, c'est largement insuffisant pour simplement intéresser le médecin.

Le médecin ne s'intéresse pas en général aux droits sociaux de ses patients. Moi, je le vois tous les jours parce que justement, je vais à l'hôpital. Je suis les patients que je rencontre pour la toute première fois, je les suis dans leur parcours de soin et donc je vais plus loin. Et s'ils viennent dans mon hôpital de référence c'est qu'ils vont dans un autre hôpital aussi.

Et à chaque fois je suis étonné par les internes, comme les « pedages », c'est-à-dire les médecins en fin de cursus, ou les médecins confirmés, qui dès que je parle de CMU m'envoient à l'assistante sociale.

Les médecins ne s'intéressent pas au problème. Évidemment, faire une ordonnance à quelqu'un qui n'a plus de droit ouvert, ça ne sert à rien.

L'accès aux soins à ce moment-là, c'est nous-mêmes qui en étions l'obstacle parce qu'on n'a pas posé la bonne question : « est-ce que vous avez votre CMU à jour ? »

Je suis content de savoir qu'aujourd'hui, j'œuvre dans le cadre du service public. Encore une fois, je suis un praticien payé par l'AP-HM, et par l'état, donc c'est très bien parce que ça montre une reconnaissance du problème, même si on est très loin de pouvoir le régler.

L'autre obstacle, c'est le cloisonnement qu'on crée à l'intérieur de l'hôpital et qui existe aussi entre privé et public, entre les spécialistes privés et les généralistes libéraux. Je suis généraliste et je pense qu'il faut le rester parce que c'est une des solutions effectives.

Si on devait rompre les cloisons qui existent entre les différentes spécialités présentes dans l'hôpital, cela entraînerait une incompétence. Car, plus on est spécialisé, plus on ne va s'intéresser

qu'à une toute petite partie et encore moins à faire la différence.

La différence, c'est de savoir si la famille est nombreuse, quelle est la hauteur de ses revenus, quel est le métier du père et de la mère... C'est ça qui fait la différence. Et plus on est spécialisé moins on s'y intéresse.

Donc ce qu'il faut certainement dans les solutions, c'est décloisonner ces aspects-là, revenir à la médecine générale. Les spécialistes seront appelés comme intervenants très ponctuels par celui qui a une vision plus globale, qui peut d'ailleurs ne pas être un médecin.

Alors là aussi, nous tentons comme solution pour décloisonner, d'utiliser les usagers, ceux de la rue ou ceux de la précarité, des gens qui ont vécus l'un ou l'autre de ces difficultés, pour pouvoir apprécier et faire la

distinction entre le niveau de savoir de la maladie, comme on parlait ce matin, le savoir de la maladie, et la santé ressentie par la personne.

Ce sont des gens qui ont eux-mêmes vécu le fait d'être malade, le fait de prendre des médicaments. Je n'ai jamais avalé un neuroleptique, je ne sais pas ce que ça fait, je l'ai appris dans un livre, mais le vivre, je l'ignore totalement. Mais ceux qui en ont pris savent certainement mieux reconnaître, et comprennent ces personnes qui ont cet effet de ralentissement de l'intelligence, de la réflexion, comprennent certainement mieux la souffrance de certains de nos confrères.

Voilà quelques petits exemples qu'on a pour lutter contre tous ces obstacles, qui encore une fois sont tous les jours présents.

➔ **Christian Apothéoz :** Merci pour ce témoignage, cette intervention. Maintenant, je vais demander à Catherine Corbeau de bien vouloir prendre la parole. Elle est médecin de santé publique. Elle a fait plusieurs missions avec Médecins du monde et elle co-anime le DU Santé, précarité et solidarité à l'université de Montpellier.

➔ **Catherine Corbeau** Médecin de santé publique

Avant de parler du DU, j'ai envie de revenir sur la question des obstacles. Mais bien sûr j'adhère complètement aux obstacles administratifs et socio-économiques. Il y en a un qui me titille beaucoup : c'est la dimension culturelle.

▫ Dans les facteurs socio-économiques, il y en a un qui me touche beaucoup, c'est la dimension culturelle. Tous ceux qui ont eu la chance de travailler dans l'humanitaire ou à l'international, ont

été confrontés au choc des cultures. On a pu travailler avec des anthropologues, et on a pu découvrir qu'il y a mille façons de percevoir la santé, la qualité de vie, la



maladie, la fatalité, le pouvoir, en tout cas, au quotidien, dans des projets d'accès aux soins de jeunes des missions locales, de personnes qui ont le tiers payant, des projets d'éducation thérapeutique sur les maladies chroniques. On peut dire qu'en France, le gros problème ce sont les maladies chroniques. Je prends l'exemple du diabète, plus on est pauvre, plus on a du diabète et plus on a des complications liées à cette maladie. On a de bons programmes d'éducation thérapeutique mais les gens dans la précarité n'y ont pas accès. Donc sur un quartier de Montpellier, nous avons fait un programme « Solidarité diabète ». On a demandé aux gens de venir nous aider à les aider ou à s'aider eux-mêmes pour vivre mieux ou moins mal avec le diabète et surtout éviter d'avoir des complications. Quand quelqu'un me disait « moi j'ai trop pleuré, je vais être aveugle » il y a une part en moi qui pensait « elle n'a rien compris au diabète », mais en la laissant un peu parler, j'ai réalisé que c'était moi qui n'avais rien compris. Tant que son fils était en prison, ses inquiétudes qui la font pleurer l'empêchaient complètement qu'elle se prenne en charge. Et donc effectivement, c'est parce qu'elle pleurait trop qu'elle deviendrait aveugle. Donc la dimension culturelle, on l'a vue pour l'accès aux soins, peut être appliquée dans des questions de prévention également. « Prendre soin de ses pieds, regarder ses pieds, alors qu'on a mal, qu'on a même plus mal quand on marche et on est content, alors nous on est inquiet lorsque le diabétique a plus mal au pied ». Avec la notion de prévention, nous avons le dépistage. Celui de la tuberculose auprès des populations Roms, n'est pas la meilleure porte d'entrée pour travailler sur la santé. Voici une marque de l'interculturalité : quand un monsieur dit oui-oui

(enfin da-da), mais je n'ai rien compris à ce que vous avez dit sur le pourquoi et l'intérêt du dépistage. Et même quand c'est gratuit, on se rend compte que nous n'avons pas la même culture de santé quand on voit qu'il préfère aller en Roumanie ou à Lourdes. Nous avons à faire un travail de rencontre entre nos cultures. Nous faisons surtout du lien pour que la santé avance. Le lien entre les usagers et le lien entre les professionnels de la santé et du social, me paraît être une des conditions. Je voulais continuer avec quelques idées qui m'avaient éclairé. Il y a un psychiatre ... qui parle de la précarité comme une perte de confiance en soi, en l'autre, et en l'avenir. Et ça on l'a travaillé avec plusieurs professionnels et on se rend compte que si on arrive à renforcer la confiance en soi, si on arrive à renforcer la confiance en l'autre, la confiance dans notre système de politique, la confiance dans notre système de santé, le domaine de la santé pourra évoluer. Que l'autre peut être une ressource et du coup on peut prendre le risque d'aller vers l'autre, comme on disait le renoncement au soin c'est de ne pas prendre le risque de se faire rejeter, c'est une expérience douloureuse. Et la confiance en l'avenir parce que sans projet de vie, sans penser que ça pourrait aller un peu mieux demain, pourquoi prendre soin de soi. C'est vrai dans le DU, dans tout ce qui est précarité et je suis fière d'en parler, parce que médecins du monde ont été très porteurs pour tout le développement obtenu en France. Qu'est-ce qu'on réalise ? Qu'on crée surtout du lien entre ces professionnels de santé et du social, car eux aussi ont besoin de liens. Et pour que la santé avance, on voit bien pour tous les diabètes- solidarité, on n'a pas au bout de six mois amélioré les nouveaux services et les marqueurs pour un meilleur suivi du

diabétique. Que les gens se disent « je ne suis plus seul avec ce diabète », et « je sais que je peux demander à l'assistante sociale, à l'infirmière », et aussi que « telle ou telle personne du groupe avec qui on a échangé,

avec qui on a ri, pleuré, je peux compter sur elle ». Le lien entre les usagers et le lien entre les professionnels de la santé et du social me paraît être une des conditions pour avoir un petit peu plus de santé.

→ **Christian Apothéloz** : Juste une question que je voudrais vous poser parce que nous avons abordé des questions de formation et vous l'abordez à travers un diplôme universitaire. Donc ce sont des gens qui ont une démarche spécifique d'aller s'inscrire dans une formation spécifique. Ce que l'on a abordé tout à l'heure, c'était l'Interne, le médecin généraliste, spécialiste il faut quand même quelques heures pour comprendre que si on reçoit quelqu'un qui vient d'une famille comorienne, ce n'est pas pareil que s'il vient d'une famille sénégalaise ou d'une famille tunisienne. Il y a peut-être quelque chose à voir là-dedans : ce n'est pas le DU, c'est autre chose. Peut-être juste un petit mot sur cet aspect de formation qui préoccupe nos intervenants.

→ **Catherine Corbeau** : Il faut de la formation : de la formation médicale, de la formation citoyenne, l'intégration dans le cursus des études de l'approche de la précarité. Ce que je plaide beaucoup c'est le fait que le DU et la fac de médecine diplôment des gens qui n'ont pas le bac mais qui sont des acteurs essentiels de la santé, des gens en précarité. Il faut aussi des conformations pour les gens venant du tiers monde où des gens de la grande précarité se forment et conforment des gens du social et de la santé pour apprendre mutuellement l'un de l'autre nos façons de voir les choses et d'avancer. En France, on a beaucoup de formations mais après il n'y a plus de moyens d'action. Moi je suis assez catastrophé quand j'assiste à des formations d'éducation thérapeutique par exemple, ou les gens ont leur diplôme, parce que l'ARS demande des gens qui font des formations en 48 heures. Les libéraux disent « nous on voudrait bien, mais il faudrait un petit peu de temps », les établissements disent « ce n'est pas vraiment notre but, car nous, on fait ce qui est d'intérêt général ». Dans les quartiers, on met en place des actions qui sont quelque peu expérimentales. On nous dit « oui, oui c'est très bien ce que vous faites, mais c'est expérimental donc on fait six mois et après on s'arrête. »

➔ **Jean-Loup Rey**
Médecin tropicaliste, épidémiologiste
et membre du comité scientifique des
XVII^{ème} actualités du Pharo

Je voudrais simplement vous alerter sur le fait qu'à l'heure actuelle, une politique générale, une philosophie de la gratuité de soin n'est pas la bonne. J'aborderai trois points :

- Premier point :

En fait, l'acte de soin a un coût. Il faut l'accepter, le connaître et le reconnaître. À l'heure actuelle, on dit qu'on va diminuer les coûts des médicaments avec les génériques cependant, il n'est plus possible de faire baisser le coût des génériques sans altérer la qualité. Je parle des prix africains des génériques qui sont dix fois inférieurs au prix des génériques français. Baisser à l'heure actuelle les prix des génériques, cela revient à faire altérer leur qualité c'est sûr et certain, il faut reconnaître ce point.

- Deuxième point :

Les malades sont prêts à payer pour se soigner, pour avoir accès au soin. Un exemple frappant c'est, en Afrique, la multiplication des structures privées de soins. Dans les villes, c'est une multiplication phénoménale, d'ailleurs sans contrôle de qualité. Il n'y a qu'à voir les queues qu'il y a devant les structures de soins à but non lucratif mais de qualité. S'il y a un dispensaire tenu par des religieuses, il y a une queue de 50 à 100 personnes. Dans un dispensaire public, dix kilomètres plus loin, il y a cinq personnes qui attendent,

mais c'est gratuit. Donc la gratuité en elle-même n'est pas forcément la solution.

Et d'autre part, on est en train de supprimer aux

communautés le pouvoir qu'elles avaient acquis sur leur santé par le recouvrement des soins. Alors, on a beaucoup critiqué les agences de santé des villageois mais quand ça marche la communauté a pris en charge sa santé.

C'est elle qui paye l'infirmier et donc c'est elle qui va exiger une qualité dans l'idéal.

- Troisième point :

Dernier point, pour moi, et je vais être assez brutale, on est en train de revenir à un système colonial et au temps des colonies où le soin était gratuit. Et justement il y a une volonté, peut-être, de revenir à ce système où les populations n'ont plus leur mot à dire. Et là-dessus je suis très inquiet et très méfiant. Et autant voir que les promoteurs de ce système sont les américains et les institutions américains.



→ **Muriel Tyan**
Psychologue clinicienne,
psychotérapeute et professeur à
l'université Saint-Joseph de Beyrouth
au Liban

Il faut savoir que le contexte de mon pays est très différent de la France sachant que les systèmes de soin sont beaucoup plus simples, c'est-à-dire qu'il n'y en a presque pas. Si on n'a pas d'argent, ou pas d'assurance privée, c'est très simple, on n'a pas de droit d'accès aux hôpitaux ; aux soins de santé mentale etc. Et si l'on n'a pas d'argent, on est souvent démuné. Donc on a un système d'éducation et de soin complètement différent d'ici. Les écoles privées c'est très bien, les écoles publiques « c'est nul ». Si on prend en compte ces variétés, et ces niveaux socio-économiques, cela réduit le champ d'intégration des enfants, la prise en charge des soins etc. Alors quand il est question de handicap et d'autisme en particulier ça devient encore plus compliqué. Il y a quelque chose de très « typique » dans mon pays : c'est la guerre. Sa présence entraîne des effets sur la prise en charge parce que le pays est souvent en guerre donc il y a des attentats, des emprisonnements,... qui font que la priorité est de se soigner, ce que le système présente comme un obstacle. Le troisième point, c'est une richesse mais aussi c'est un obstacle : la pluralité des confessions et des nationalités. (Libanais, sunnites, arménites, orthodoxe, catholique, shiite...) Il y a également des Palestiniens qui sont dans des camps de réfugiés mais qui n'ont aucun accès à des soins. On trouve aussi des ONG internationales qui viennent donner des fonds pour ouvrir un centre, et je donne l'exemple que j'ai étudié d'une mère, dont l'enfant autiste est pris en

charge par l'orthophoniste et la psychopraticienne une fois par semaine, la mère est ravie. Mais les fonds commencent à baisser au fil des années et la multitude de la demande d'autres enfants qui viennent d'autres camps justifient qu'un enfant autiste, qui a énormément besoin d'être aidé, est vu une fois chaque mois et demi par un professionnel au lieu d'être vu une fois par semaine au moins. Donc vous imaginez que l'enfant autiste ne va pas bénéficier d'une prise en charge orthophonique isolé d'une demi-heure chaque après-midi, sans parler qu'il n'est pas intégré dans des systèmes éducationnels adaptés. Et la nouvelle composante, c'est les réfugiés syriens, qui eux aussi n'ont pas accès pour le moment aux soins. Si on est de père libanais et de mère syrienne, on a le droit de présenter une demande au ministère des affaires sociales pour avoir la carte handicapée, cela prend des années mais finalement ça peut être utile. Si l'on est de mère libanaise et de père syrien, on n'est pas reconnu. Il y a donc aussi cette dimension qui complexifie les choses. Le second point critique de mon pays, c'est un peu la composante de stigmatisation sociale. J'ai pu le remarquer



sur les 100 familles des enfants autistes que j'ai observés. Chez les mamans, on peut entendre souvent : « je ne sais pas, c'est parce que j'ai épousé un musulman alors que je suis chrétienne que j'ai eu un enfant pareil. Enfin, il y a toute cette complexité qui fait que cet enfant soit isolé, et donc qu'il n'ait pas accès aux structures et devienne un véritable fardeau. Il y a un autre extrême dans certaines catégories musulmanes. Certaines personnes disent que c'est un don de dieu. Alors l'enfant est un don de dieu, il ouvre la porte au paradis et si on le soigne bien, on a droit au paradis alors il ne faut surtout rien changer. C'est aussi un obstacle parce qu'ils viennent très tard aux consultations, et cela va bien sûr influencer le pronostic, la prise en charge etc.

Le quatrième point que je voudrais aborder ce sont les moyens financiers. La classe moyenne est vraiment faible comparée aux deux extrêmes. Alors, si on a des moyens financiers et qu'on est d'un niveau d'éducation élevé, bien sûr, on consulte plus rapidement et donc les délais d'attente entre le moment où apparaissent les premiers symptômes et le diagnostic sont

très rapides. Dans mon échantillon de 100 familles dans tout le Liban, on trouve environ 50% de ce niveau élevé qui vient consulter et qui ont un diagnostic en un ou deux ans (c'est très rapide). Par contre, le revenu n'est pas très intéressant dans notre échantillon, parce que ce sont les familles les moins démunies qui vont courir rechercher des soins. Mais une fois la maladie diagnostiquée et le traitement mis en place, ils n'ont pas les moyens de continuer. Intégrer le malade dans des centres spécialisés coûte très cher, c'est le prix d'un semestre à la faculté, c'est énorme. Et donc les familles se retrouvent avec ces enfants sur les bras et ils ne pourront pas assurer les prises en charges après. La bonne nouvelle, c'est qu'au nord, il y a un nouveau centre qui a ouvert dans une région isolée, ce qui regroupe un peu toutes les parties du nord. Par contre la Bekaa reste excessivement en détresse. Ils attendent plus de sept ans après les premières consultations pour que les parents trouvent de l'aide pour les prochaines et l'enfant à peut-être 30 ans, 40 ans. Cela fait que tous les pronostics et évolutions sont retardés.

➔ **Christian Apothéloz** : Alors on va passer ce petit temps de débat avec vous.



TABLE RONDE 2

Echanges avec l'assistance

→ **Karine Magin** (*anthropologue de la santé pour des ONG*) : Je voulais juste apporter quelques commentaires et précisions là-dessus. À l'heure actuelle, dans le monde humanitaire, le regard de l'anthropologie ressemble quelque part à une leçon de morale, ce n'est pas comme vous l'avez évoqué tout à l'heure sur ce point.

→ **Christian Apothéloz** : Moi ça me semble pourtant être une vraie piste de réflexion. Alors à la décharge des ONG, les anthropologues ne sont pas toujours capables d'intégrer la dimension de recherche d'action, d'opérationnalité et des éléments qui en découlent. Mais je vais juste donner quelques exemples sur les obstacles culturels qui peuvent être liés à l'accès aux soins. Je travaille sur la malnutrition par exemple, et on s'aperçoit qu'il y a de nombreux endroits où les enfants mal nourris sont considérés comme tout à fait autre chose, comme victime de sorcellerie etc. Concernant la gratuité des soins, il y a aussi des dimensions socio- culturelles à prendre en considération. Souvent, ce sont les pères qui sont décisionnaires à ce qu'on ne paye pas pour les soins des enfants, les mères ont très peu de pouvoir de décision là-dessus donc la question de la gratuité s'inscrit aussi dans une dynamique sociale. Je pense ainsi qu'il y a de vrais issues à utiliser : en sciences sociales et en anthropologie, en opérationnalité pour les programmes de santé par exemple.

→ **Bernard Granjon** (*président d'Osiris et ex-président de Médecins du monde*) : Osiris est une association un petit peu moins connue qui s'occupe de la prise en charge thérapeutique des victimes de torture et de violences politiques. Une concertation d'abord, je crois qu'il faut qu'elle soit prégnante quel que soient les obstacles et déterminants. Actuellement, l'accès au soin recule partout dans le monde y compris dans des pays très évolués comme la Suède ou en France. Comme médecins du monde l'a dit : « ça rétrograde en ce moment. » Il est quand même tout à fait anormal qu'une association comme Osiris, qui s'occupe donc de prise en charge thérapeutique ne puisse trouver son équivalent qu'à Lyon au plus proche, ou à Bordeaux. Tout le nord-sud-ouest est complètement déshabité. La crise économique au lieu de diminuer l'accès aux soins devrait au contraire le renforcer pour les populations les plus démunies. Faut-il ou non faire payer ? J'entends bien, je ne suis pas contre le fait de faire payer un petit peu à la seule condition bien sûr que ceux qui n'ont pas accès au soin ne soient jamais limités.

→ **Jean Delmont** (*enseignant à la faculté de la Timone*) : Je voulais juste compléter ce qui a été dit sur la formation, et la sensibilisation sur les problèmes qu'ils ont été évoqués. Il existe donc des sciences humaines et sociales de même que dans le premier cycle. C'est quelque chose de relativement récent et dans ce cadre-là, il y a des anthropologues qui interviennent. Moi j'étais chargé du sujet de la relation médecine migrant. Mais évidemment il s'agissait de deux heures d'enseignement sur le cursus de 450 heures dans l'année. Je développe évidemment cette relation philanthropique pour parler des déterminants de la santé des migrants. Cependant la place est ouverte, parce que dans quelques mois je ne suis plus enseignant, dans cette faculté tout au moins.

Et donc il faudrait, et ça a toujours été mon attention, que des personnes extérieures à la faculté en binôme interviennent dans le cadre de cet enseignement pour le rendre beaucoup plus pratique et pour donner leurs propres observations.

→ **Mamadou Toure** (*chercheur économiste*) : J'ai beaucoup de choses à dire mais j'ai retrouvé l'exemple type de la situation. C'est à l'inverse de monsieur Rey, qui a parlé un peu de gratuité qu'il a plus ou moins expliquée comme un problème de colonisation. En Afrique, il y a une vérité qui n'a pas été évoquée ici, c'est le trafic des médicaments. Et l'accès aux soins c'est aussi l'accès aux médicaments. Que diriez-vous de la gratuité du trafic des médicaments ?

Parce que tout simplement la situation économique est telle que la plupart des malades africains se tournent vers le marché parallèle. Et tout le monde sait que les médicaments sur ce marché aux meilleurs de cas n'agissent pas au niveau de la santé des gens et au pire des cas font des dégâts. Moi par exemple je préfère la gratuité. Quelle est votre position par rapport à cela ?

→ **Jean-Loup Rey** : La majorité des médicaments qui sont dans les circuits du sud, c'est un problème que je connais bien, viennent des circuits du sud. C'est plus de 60% des médicaments qu'on trouve dans les marchés du sud qui viennent des structures publiques ou privées de santé.

Le trafic dans les marchés du sud ne correspond qu'à environ 20% de la quantité des médicaments qui sont sur le marché du sud. Donc il n'y a pas une relation directe entre les deux. C'est un argument pour la gratuité, lutter contre les médicaments non admis...mais je n'y crois pas beaucoup.

→ **Public** (*pédiatre à l'hôpital*) : C'était juste pour revenir sur le thème de la formation. Effectivement quelques heures de formation sur le système de couverture sociale seraient amplement profitables, mais il faut savoir que le système est, comme ça a été mentionné tout à l'heure, tellement complexe que les cours dans ce cas-là seraient simplement imbuvables et que l'étudiant ne comprendrait peut-être pas et ne serait pas intéressé. Il est extrêmement probable que le compagnonnage au lit du patient serait beaucoup plus intéressant et beaucoup plus interactif. Par contre, il est extrêmement clair que les médecins à l'hôpital sont strictement inconscients et très mal informés du type de couverture sociale de leurs patients.

Ils ne savent absolument pas comment les patients pourront payer les médicaments qu'ils vont prescrire, éventuellement avec des ordonnances toutes faites notamment pour les médicaments les plus communs comme les pilules des antihistaminiques pour les enfants ou d'autres types de médicaments communs.

➔ **Didier Boeno** : Je ne suis pas tout à fait d'accord. Ce n'est pas parce qu'on va parler de sécurité sociale que ça va être tout de suite ennuyant à mourir et que les étudiants vont désertier de la salle du cours. Bien entendu, il ne s'agit pas non plus de revenir sur tous les textes de loi qui existent dans notre système de santé, mais il est quand même extrêmement important de faire savoir en tant que médecin ce qu'est la sécurité sociale et son idéologie de départ. Je trouve absolument dramatique de présenter la sécurité sociale comme étant une usine à gaz extrêmement ennuyeuse. Une sorte de gouffre financier. La sécurité sociale, au départ, repose sur la solidarité entre les gens.

➔ **Benjamin Covede** : Je voulais prolonger le débat sur la gratuité des soins. D'abord, en prenant dans votre sens Monsieur Rey, le marché informel est sans doute un meilleur accès aux soins que le marché tout court. Et on pourrait prolonger ce qu'on disait : il y a toujours quelqu'un qui paye les soins. Ma question est : si vous ne pensez pas que c'est une bonne solution, quelles pistes existent-ils, autre que la solidarité internationale sachant que face au risque de la maladie, l'individu ou même une petite communauté n'a pas les moyens financiers de la supporter. À quoi d'autre peut-on penser quand vous dites que la gratuité n'est pas la solution ?

➔ **Jean-Loup Rey** : Moi en tant que médecin je suis, comment dirais-je, scandalisé qu'on pose la question comme ça. Les gens payent. Ma préoccupation c'est qu'il faudrait qu'ils aient un service qui correspondrait à ce qu'ils ont payé. Et la première chose à faire, c'est d'améliorer les services à fournir. C'est ça qui est grave. C'est la première chose qui m'interpelle en tant que médecin. Il faut travailler pour la qualité des soins avant de discuter du coût et de qui va payer. Parce que les gens, s'ils sont bien accueillis et s'ils sont bien soignés, c'est le cas des dispensaires dont on parlait tout à l'heure en général, viennent et payent. Deuxièmement, nous, un certain nombre d'associations, sommes en train de s'impliquer pour que l'aide internationale, au lieu qu'elle soit faite sous forme de médicaments ou sous forme d'envoi d'experts, souvent des mauvais experts en plus, mette tout ça dans des caisses communes pour créer un fonds de solidarité. C'est ce qui est en train de se faire dans beaucoup des pays et ça marche très bien. Les patients ne payent plus, c'est la communauté internationale qui paye. Mais à travers un tiers payant du fonds de solidarité, des payeurs qui ont bien voulu adhérer à ce fonctionnement, pas tous malheureusement, malgré la demande, n'y ont accès. Mais maintenant il y a peut-être d'autres solutions.

➔ **Jean Godard** (*enseignant en santé publique à l'université d'Aix-Marseille*) : Je vous rejoins en partie sur la gratuité des soins, en fait ça amène souvent à une mauvaise qualité et ça c'est finalement un facteur de défaut d'accès à des soins de qualité.

Malgré ça, il faudrait penser au dogme, et au dogme de la gratuité de soins, qui n'est pas applicable partout, mais aussi au fait de vouloir faire payer à tout le monde systématiquement tous les soins. Je pense que c'est un échec aussi localement.

Donc il faut mieux contextualiser la solution politique et la stratégie qui est choisie en fonction de ce qui est faisable localement. Ce sont un certain nombre de harnais, des pistes communautaires, des budgets communautaires, dans certains lieux des mutuelles communautaires, des mutuelles professionnelles qui passent des accords et l'objectif est d'essayer de faire passer un accord entre l'hôpital et l'industrie locale, des coopératives agricoles ; lequel permettra de prendre en charge la gratuité des soins.

➔ **Public :** Concernant la pratique sociale, on peut très bien en quelques heures exposer les faits en montrant les enjeux en matière de valeurs, de liberté, de solidarité etc. Cela peut se faire dans un cadre pratique, avec des témoignages de personnes, pas seulement de la théorie mais en liant les deux. Après tout, il y a quelqu'un qui a dit: « il vaut mieux avoir une tête bien faite qu'une tête bien pleine. » Malheureusement je crois que les juristes, ingénieurs, médecins en France, ont souvent une culture trop technicienne. Il faut une culture humaniste au meilleur sens du terme pour pouvoir parler le même langage et c'est comme ça qu'on avancera.

➔ **Christian Apothéloz :** Je voudrais qu'on aborde un dernier point après les thèmes qui ont été abordé, ce sont les questions de la formation et les questions de la multitude, je crois que ce sont d'importants obstacles aux soins. On peut très bien aborder la gratuité des soins ou pas, je pense qu'en ce moment la question ne se pose pas, tout est payant et c'est souvent très cher. Il y a un sujet qui n'est pas revenu, c'est celui du renoncement au soin, et vous avez été plusieurs à l'aborder. Comment est-ce qu'on peut dépasser cet obstacle que sont le renoncement et l'inquiétude à aller vers un dispositif de santé, qui existe quand même, et auquel on pourrait peut-être accéder? Je voudrais juste avoir votre point de vue sur ce sujet qui me semble important.

➔ **Didier Boeno :** Alors là, on est dans une problématique qui est très personnelle. En fait, ce sont des exemples individuels. Autant on a parlé de ce qui concerne les groupes, quelle que soit la définition du groupe dont on a parlé, autant là on est dans le personnel. C'est-à-dire que c'est une personne qui va renoncer à se soigner. Et alors là je vais simplement raconter une anecdote, comment dirais-je pratique, clinique. On est parfois très surpris ! Juste une anecdote : j'ai reçu dans le centre d'hospitalisation un monsieur, c'était un clochard, depuis longtemps, un grand précaire. Ce qu'on appelle un grand précaire, c'est-à-dire une personne qui vit depuis trente ans désocialisée, c'est la personne qui ne demande ni aide sociale, ni hébergement, rien. Et ce monsieur est un jour tombé malade, il a laissé évoluer. Moi je l'ai reçu et c'était quand même un petit peu trop évolué. Et je lui ai posé la question : « pourquoi n'allez-vous pas consulter avant, vous voyez bien que c'était grave ? ». Et il m'a répondu quelque chose qui m'est resté en mémoire et je vais vous le transmettre parce

que ça m'a extrêmement touché. Il me dit : « c'est parce que je ne peux pas aller dans une salle d'attente je sens trop mauvais. »

➔ **Pierre-Pascal Vandini** : Il y a pleins, pleins de raisons pour lesquels les gens renoncent au soin. La solution est peut-être, et ça a été à peine approché, dans l'accompagnement avec en fait des groupes d'auto support, ou de groupes d'entraide mutuelle. Il y a des gens, encore une fois, qui ont vécu la même chose, ou qui vivent la même chose, un schizophrène, ça reste un schizophrène pendant toute sa vie, qui va pouvoir effectivement accompagner quelqu'un qui en a marre de retourner à l'hôpital, d'être mal reçu, d'être rejeté. Et comme on disait aussi : c'est la stigmatisation. Lorsque quelqu'un est sale on pense qu'il aime être sale, et c'est complètement faux. Il y a une réunion qui existe à la conception des soignants qui est face à la précarité. Il y a des gens qui travaillent à l'urgence et les gens qui travaillent dans la rue. Notre problème c'est ça : comment fait-on quand on voit des gens qui ont des plaies sales et qu'on doit les laver avant de les soigner, parce que les soigner par-dessus la saleté ça ne sert pas à grand-chose. Comment fait-on ? À Marseille il n'y a pas de bain public.

➔ **Didier Boeno** : On a parlé des exemples, un petit peu des problèmes qui se situent dans le curatif. Le problème est beaucoup plus compliqué quand on va faire de la prévention. Et un exemple tout simple : vous savez tous qu'à Marseille, le dépistage du cancer du côlon ça demande trois prélèvements de selles donc il faut trois jours dans un hébergement au préalable. Je vous laisse imaginer la personne qui vit au CHU...



TABLE RONDE 2

Grand témoin

➔ **Jean-Claude Métraux**
Pédopsychiatre, docteur en médecine

Ce que j'ai retenu, c'est que j'ai entendu plusieurs témoins avant moi et j'étais très heureux parce qu'en tant que soignant, travailleur avec les populations de la précarité, je crois qu'on est très loin de leurs paroles et de leurs vécus et je l'ai ressenti dans ce qui a été dit. On parle de cette problématique de renoncement au soin. Moi je pense qu'on a su, ou pas vraiment su, c'est une autre façon de dire ce que vous avez vue. Il y avait en 1960, je raconte toujours cette histoire parce qu'elle est drôle, un psycho pédiatre de ma ville qui, en pensant au syndrome transalpin des Italiens qui avaient des douleurs chroniques, avait écrit un article qui disait que les Italiens avaient en fait une personnalité pré morbide typiquement transalpine caractérisée par un attachement pathologique à la maman qui se traduisait par une consommation invétérée de spaghettis, de pizza etc. Il préconisait que les Suisses mettent à part les appareils radiographiques aux frontières pour sélectionner des psychiatres pour barrer la route à ceux qui seraient atteints par cette personnalité pré morbide. Je pense que quand les autres ne viennent pas nous voir ont a tendance aussi à voir ce modèle de déficitaires. Et ça apparaît toujours dans les problèmes qui ont été

mentionnés tout à l'heure parce que ces problématiques de douleurs chroniques, de somatisation etc.

sont souvent vues sous cet angle. En Suisse, les douleurs chroniques sont exclues des prestations de la pension d'invalidité parce que ça traduisait un manque de volonté à surmonter la douleur. On a aussi tendance, dans cette même idéologie de déficit, à criminaliser des problématiques de santé. Je pense par exemple à des problématiques des violences adolescentes qui sont pour moi des problèmes de santé. Même si ça arrange tout le monde de les criminaliser. Par rapport à la question de la langue, la formation d'interprète, c'est intéressant. On dit souvent que ça coûte très cher mais le fait de faire appel à des interprètes diminue le temps d'hospitalisation dans les cas de diabète.

Je pense qu'il y a souvent dans nos attitudes quelque chose de l'ordre du mépris de l'autre. Et c'est vrai aussi pour nous réunis ici, y compris pour moi. Pour sortir de cette situation de mépris je trouve que c'est important de pouvoir parler de nos insuffisances. J'étais contente d'entendre



monsieur Vandini parler de son incapacité à remplir un certificat parce qu'on ne le lui avait pas appris. Il s'agit de reconnaître nos incompétences pour voir à quel point nous sommes nous-mêmes incompétents. J'ai été aussi contente d'entendre parler d'action pour favoriser le lien. Ça ne va pas tout à fait de soi Quels outils va-t-on utiliser pour favoriser le lien entre un soignant et un exclu qui vient nous voir. Comment va-t-on faire pour essayer de diminuer cette asymétrie extrême entre l'un et l'autre. Personnellement, je préconise une thérapie de la reconnaissance dans laquelle on peut trouver des moyens pour la reconnaissance de l'autre non seulement de ses insuffisances mais aussi de ses suffisances, de ce qu'il connaît. Il y avait cette super image de "je vais être aveugle à cause des larmes versées pendant ma vie" et de se dire que c'est un discours de sens et non un discours d'ignorance. Et on voit à ce moment-là à quel point on peut effectivement travailler non pas avec des patients, avec des usagers, avec des personnes dans la précarité, mais considérer l'autre comme un véritable collaborateur du soin, comme médiateur

avec les communautés, et imaginer peut-être des véritables projets communautaires participatifs avec les populations concernées et on viendra peut-être plus loin à la question justement des agents de santé communautaire etc. Vous avez collaboré au Nicaragua dans un projet avec des personnes, des promoteurs de santé. On avait continué à former mais pour faire réellement un travail de soin - je trouve qu'il était souvent extraordinaire- je me rappelle toujours d'une femme qui était analphabète, qui était promotrice de santé mentale dans un endroit complètement paumé de la campagne où un médecin allait rarement, avait sur la durée apportée des soins avec sa communauté à un enfant autiste de façon absolument remarquable qu'un centre hyper spécialisé n'aurait peut-être pas pu offrir. Alors qu'est-ce que ça implique ? Ça implique de transformer notre attitude et entre autres face au savoir de ceux qui savent et de ceux qui ne savent pas. Ça implique de pouvoir quelque part faire le deuil de la maîtrise qui imbibe notre vision de la santé et de médecine d'A jusqu'à Z.

Remise des Tremplins Jeunes Solidarité Santé

Animateur :

➔ **Jean Delmont**
Directeur du Centre de Formation
et de recherche en médecine et santé
tropicale.

Je vais introduire la remise des tremplins Jeunes Solidarité Santé, deuxième édition. Des étudiants de l'enseignement supérieur réunis en association dans différentes villes de France ont présenté des projets et ont travaillé en amont avec nous, le comité de sélection composé d'Amélie Mortiz, déléguée de la fondation Sanofi Espoir, Jean Delmont à la direction médecin inspecteur de Santé Publique à la direction de la jeunesse des sports et de la solidarité sociale, Paul Benos, président de santé sud, Hélène Chastanier, directrice de programme à Santé sud, Yadimé Dolo qui nous a rendu un grand service et qui est en charge aujourd'hui de la technique, que je remercie et également Nicole Ansale directrice de Santé Sud...et Marina Berhaut... adjointe de Julie Begin. Comment les choses se sont-elles déroulées ? Il y a eu 20 projets reçus, tous avaient un but d'aide au développement dans des pays tropicaux ou en voie de développement. Sur ces 20 projets reçus, 12 seulement ont été éligibles car la réglementation est très stricte. Sur ces 12 projets que nous avons notés avec différents critères (réponses aux objectifs du millénaire, pour le

développement, pertinence du projet, adaptabilité au contexte, pérennité une fois le projet réalisé, pérennité sur place des actions développées...), nous en avons retenus 4. Ils bénéficient

chacun grâce à la fondation Sanofi Espoir, d'un prix, qui dans le cadre d'association étudiant représente une somme élevée, qui est de 5000 €. Il a été ajouté un 5^{ème} prix exceptionnellement cette année, car l'an dernier une association aixoise avec un projet de vaccination au Mali à Tombouctou, n'a pas pu réaliser son projet mais a remis la subvention à santé Sud. Donc il y a en fait 5 prix et non 4. Donc il y a eu cette année, une aide à la présentation des projets pour les associations qui voulaient être candidates qui ont été organisées par santé Sud et la fondation Sanofi Espoir et il y aura pour les projets qui ont été sélectionnés une autre aide sur la réalisation pratique de leur projet avec un parrainage de déléguées des



laboratoires Sanofi. Je vais tout de suite inviter Amélie Moritz chargé de projet à la fondation Sanofi Espoir à remettre le prix à la première association : Unis-Terre. L'un de

vous va prendre un micro, et vous allez nous présenter votre projet et votre association.

Association Unis-Terre

→ **Claire Cadot** Chef de projet COMEDOR Argentine

Bonjour à tous. Je voulais tout d'abord remercier Sanofi et Santé Sud de nous avoir soutenus pour ce projet. Une partie va partir en juin 2013 pour réaliser la mission. Le projet Comedor Argentine fait partie d'Unis-Terre, la plus grande association étudiante humanitaire de France située à Euromed Management, l'école de commerce de Marseille. Notre projet qui existe depuis bientôt 6 ans, consiste à construire la structure d'une association argentine, située dans les quartiers pauvres à Corrientes. Elle distribue des repas à une centaine d'enfants par jour. Il y a également du soutien scolaire mais c'est surtout un lieu d'accueil chaleureux pour tous ces enfants qui ne vont pas à l'école soit le matin soit l'après midi et sécurisé aussi, pour leur éviter de traîner dans les rues, ou il y a souvent de la drogue qui circule etc. Cependant on a remarqué qu'en Argentine, le système de sécurité sociale ne permet pas aux plus pauvres d'accéder aux soins, c'est pourquoi nous avons construit l'année dernière une infirmerie, qui est aujourd'hui à l'état brut. Il y a les murs, le toit, l'enduit, c'est tout. Nous ne pouvons pas faire venir un médecin bénévole pour l'instant. Ce prix va nous permettre d'aménager entièrement cette infirmerie et engager un médecin ou à établir un plan de communication pour en faire venir un. Cela va aussi nous permettre de sensibiliser les enfants aux gestes d'hygiène quotidiens (se laver les mains avant de manger etc..) mais aussi la population aux vaccins, aux risques et aux dangers de l'insalubrité, au sujet comme la drogue ou la contraception.



→ **Jean Delmont** : J'invite maintenant le docteur Paul Benos à venir remettre le second prix dont les lauréats sont l'association guinéenne des étudiants de Strasbourg. Si vous voulez bien nous dire quelques mots s'il vous plaît sur ce projet.

Association guinéenne des étudiants de Strasbourg

→ **Aboubacar Demba Camara** Représentant de l'association guinéenne des étudiants de Strasbourg

Bonjour. Je suis accompagné de mon collègue Mamoudou Toure, membre pilote du projet. Notre projet s'intitule « Sensibilisation sur l'importance des services de consultation prénatale dans la préfecture de Kindia en république de Guinée. » Le projet émane du constat de l'absence de personnel qualifié au moment du processus de grossesse, au coût parfois exorbitant des processus de soins mais aussi et surtout à l'ignorance et à la réticence de certaines femmes enceintes qui refusent catégoriquement de suivre des soins médicaux durant la phase de grossesse. Plus particulièrement les femmes en milieu rural, mais également en milieu urbain. L'objectif est de réduire le taux de mortalité infantile et de mieux protéger la mère contre les dangers d'une grossesse non-suivie. Le projet est piloté par l'AGES en appui direct avec une ONG AUDIG (Action Unie pour le Développement Intégré en Guinée) déjà localement implantée en Guinée et qui sera en charge de l'exécution du projet. Il va durer 3 mois et coûtera 5800€ dont une partie financée par l'AUDIG à hauteur de 15%. Permettez-moi pour finir de remercier au nom de l'AGEES, Santé Sud et Sanofi Espoir pour la confiance qu'elles ont bien voulu nous accorder.



→ **Jean Delmont** : Le troisième prix va être remis à nouveau par Madame Amélie Mortiz à l'association Pharma Lyon Humanitaire. Si l'une de vous veut bien présenter ce projet ?

Association Pharma Humanitaire de Lyon

→ **Laura Delay** Membre de l'association Pharma Humanitaire de Lyon

Nous représentons aujourd'hui l'association Pharma Humanitaire qui réunit des étudiants de pharmacie de Lyon qui s'investissent chaque année dans un projet de solidarité internationale. Cet été, nous sommes partis au Burkina Faso pour la création d'un jardin botanique avec les étudiants de pharmacie dans des *dispensaires* et nous avons constaté qu'il réside un manque crucial de moyens fiables pour détecter le paludisme. C'est la maladie la plus grave qui sévit au Burkina Faso et le personnel soignant n'a pas toujours les moyens pour détecter et soigner cette

maladie. Le personnel soignant prescrit des antipaludéens sans être certains que la personne soit malade car les tests rapides ne sont pas fiables. Cela entraîne des conséquences graves pour les populations : des sacrifices financiers pour les familles (pour payer les médicaments) mais également des effets indésirables non négligeables sur les personnes, en favorisant l'apparition d'une pharmacorésistance pour les générations futures. Pour notre projet, nous nous sommes concentrés sur la région de Banfora dans laquelle nous avons visité les centres de santé de la promotion sociale. Ces centres sont vraiment dépourvus de moyens et notamment de moyens de diagnostics fiables pour détecter le paludisme. L'accès au dépistage et au traitement ne représente pas seulement une lutte contre le paludisme mais aussi une revendication du droit à la santé. Notre projet est d'apporter des microscopes et de former les infirmiers de ces centres au paludisme après nous être informés nous-mêmes dans un centre hospitalier à Lyon. On est fière de travailler avec des étudiants en pharmacie de Banfora et on souhaite également les aider à devenir des bons professionnels de santé, en les aidant à acheter une photocopieuse pour leur fournir de bons supports de cours, organiser des ateliers de prévention et de formation qui seront accessibles à tous et des séances de théâtre avec les enfants pour les sensibiliser eux et leurs familles à des sujets de santé publique.



➔ **Jean Delmont** : J'invite maintenant le docteur Jean-Claude Métraux membre du comité association « Nous autres » à remettre le 5^{ème} prix à l'association Etudes et Développement.

Association Etudes et Développement

➔ **Camille Cros**
Membre de l'association Orthofaso

Tout d'abord un grand merci à Santé Sud parce qu'il faut dire que 5000€ représente $\frac{1}{4}$ de notre projet. Notre projet devient concret : que du bonheur ! Nous sommes 12 étudiantes en orthophonie. Nous faisons une intervention orthophonique au Burkina Faso qui a un accès aux soins très limité depuis 6 ans maintenant. Donc, chaque année nous envoyons une équipe d'étudiantes faire sur le terrain. Nos objectifs :

- Des interventions de rééducation dans des centres bégaiement, surdité, polyhandicap



- La formation et surtout l'échange des pratiques avec le personnel sur place
La prévention dans les régions et les villes de Bobo-Dioulasso et Ouagadougou (interventions à la radio, réunions avec les parents,...) pour nous faire connaître et surtout faire connaître l'orthophonie et prévenir les problèmes le plus rapidement.

→ **Jean Delmont :** Est-ce que des personnes auraient des conseils, questions, précisions à demander en fonction de l'endroit géographique où va se dérouler ce projet, est-ce que certains projets ne paraissent pas trop ambitieux à certains d'entre vous ou au contraire est-ce qu'ils ne sont pas trop modestes ?

→ **Rony Brauman :** Question au comité de sélection : je suis étonné de voir que les OMD, qui sont une entreprise relevant davantage de l'ONU que d'une analyse concrète des choses, aient servi de guide. N'avez-vous pas peur que ces critères rendent le choix sectaire et superficiel ?

→ **Jean Delmont :** Ces OMD, il y en avait essentiellement 3 (lutter contre la mortalité infantile, surveiller les grossesses et également lutter contre les maladies tropicales transmissibles). Dans les examens des projets nous ne nous sommes pas tenus à ce cadre précis. Si un des objectifs apparaissait, de manière indirecte, nous avons quand même conservé des études et de la situation du projet sans problème.

→ **Jean-Claude Métraux :** Pour compléter ce que tu dis Jean, les lauréats du projet orthophonie Burkina Faso sont l'exemple même que le comité ne s'est pas enfermé dans ces 3 objectifs spécifiques. On a retenu l'originalité et la qualité des dossiers présentés, voilà.

→ **Jean Delmont :** Vous avez là des étudiants de qualité au niveau de leurs études spécifiques puisqu'il y a des économistes, des médecins, des infirmières, de divers domaines de Facultés Françaises. Mais ils représentent ce que sera l'avenir de l'humanitaire car ils auront, à partir de leurs observations sur le terrain, de leurs actions sur le terrain, une vision qui ne sera probablement pas la mienne car dans un autre contexte, dans un autre environnement, c'est d'ailleurs souhaitable d'ouvrir leur esprit leur réflexion, avec un environnement auquel ils s'adapteront pour les 60, 70 ans à venir. Félicitations !



TABLE RONDE 3

Plaidoyer – Comment infléchir les politiques des décideurs pour l'application du droit à la santé pour TOUS ?

Facilitateur du débat :

➔ **Philippe Langevin**
Maître de conférences à la Faculté
De Sciences Economiques D'Aix-Marseille
Université

Mesdames et Messieurs, Bonjour. Cette table ronde est tout à fait importante parce que nous allons essayer maintenant de réfléchir à des moyens d'action, à ce qu'il ce qu'il faut faire. C'est vrai que les lauréats précédents nous ont enchantés. Parce qu'à partir du moment où l'on met volontiers en évidence les difficultés de la jeunesse, les problèmes de mobilisation, la difficulté de partir sur du collectif, l'image qui nous a été donné montre bien qu'il y a encore beaucoup de jeunes convaincus, engagés dans l'action humanitaire, mobilisés sur le social, et c'est pour nous « les vieux schnocks », un bon réconfort ! Cela prouve que ce qu'on a fait dans notre vie ne sont pas des choses en l'air. Bravo et merci à tous ces jeunes qui donnent un sens tout à fait considérable à leur engagement citoyen et civique. Cette table ronde qui clôt enfin cette journée importante est centrée sur un débat essentiel: « comment infléchir les politiques

des décideurs pour l'application du droit à la santé pour TOUS ? » Alors comment infléchir ? Faut-il déjà voir le

ministre, faut-il déjà voir le secrétaire d'État, faut-il faire grève ? S'enchaîner devant l'Elysée? C'est vrai qu'aujourd'hui, on est devant une situation sociale, économique compliquée, c'est le moins qu'on puisse dire ; devant laquelle le retrait de la puissance publique assez régulier nous interpelle sur les moyens de pouvoir maintenir un certain nombre de déclarations qui ne cessent d'être publiées et qui sont souvent très éloignées de la réalité. C'est vrai qu'aujourd'hui, tout ce débat se positionne dans une société où les écarts ne cessent de s'accroître entre les déclarations, les chartes, les engagements, les mains sur le



cœur et la réalité vécue du non-droit à la santé pour tous. Non-droit pas uniquement dans les pays avancés qui devraient au contraire assurer des sécurités plus fortes, mais aussi dans tous les pays qui sont les partenaires de santé Sud, tous les pays que l'on dit en voie de développement, et pour certains d'entre eux sont en voie de sous-développement.

Déjà dans les pays riches, la réponse ne va pas de soi, compte tenu de la désertification médicale en zones rurales, que l'on connaît bien, les contraintes de la gestion des hôpitaux publics, considérables, le déficit de la sécu (ce n'est pas une nouveauté), du coût de la santé, du vieillissement de la population, et plus récemment encore du débat des dépassements d'honoraires. Tout ça nous interpelle aussi, d'autant plus que la situation est encore plus inquiétante dans les pays pauvres où s'ajoutent les contraintes liées à la distance, au déplacement, à la pénurie de médecins, au manque de ressources, aux données culturelles locales, aux expressions religieuses... Bref, il semblerait que le droit à la santé, soit une proclamation pour tous mais ne correspondrait pas à une réalité vécue.

Alors, pour en parler ce soir, nous allons assister à une table ronde tout à fait exceptionnelle qui va essayer de répondre à la question. Nous n'avons pas la prétention de donner des réponses définitives, mais au moins d'aborder le débat, d'ouvrir des perspectives, d'essayer d'innover dans ce moment particulier où le futur n'est plus le prolongement du passé. Voici le docteur Pierre Micheletti qui est ici, professeur associé de l'IEP de Grenoble, à Lyon II mais aussi médecin de santé publique au centre

hospitalier psychiatrique de Saint-Égrève, président de l'association de gestion des Centres de Santé de Grenoble. Le docteur Pierre Lager également, médecin hospitalier, président de la Chrysalide à Marseille, association bien connue, mais également membre d'un grand nombre de commissions liées à la santé et à l'handicap auxquelles il a consacré l'essentiel de sa vie. Le docteur Agnès Giannotti, bon médecin généraliste également, présidente du Syndicat des Médecins Généralistes, secrétaire générale de l'Union de la culture et l'action des communautés africaines, travaille notamment au Niger. Puis Nora Payan, coordinatrice dans le champ de la précarité et du réseau de santé précaire à Marseille et aussi de la Fédération Nationale d'accueil et d'accompagnement de l'assistance sociale. Enfin, qui boucle la table, Monsieur Philippe Valls, psychologue clinicien, fondateur de l'association Enfants Réfugiés du Monde, responsable de la mise en place des programmes éducatifs auprès d'enfants réfugiés et déplacés. Donc ces personnalités sont toutes impliquées dans la vie quotidienne, pas uniquement dans leurs travaux universitaires, dans la problématique qui nous rassemble ce soir, et ont tous des actions conduites pour justement essayer de répondre à la question posée: comment infléchir les politiques des décideurs, comment faire en sorte que le droit à la santé devienne effectif, comment intervenir pour que l'ensemble de la population puisse bénéficier de droit alimentaire dans une conjoncture où ça ne se passe pas toujours comme on aimerait ? Alors pour aborder le débat, je vais laisser la parole au docteur Micheletti. Docteur, vous avez la parole.

TABLE RONDE 3

Exposé

→ **Pierre Micheletti**
Professeur associé à l'Institut d'études politiques de Grenoble et de Yaoundé
Médecin de santé publique au centre Hospitalier psychiatrique de Saint-Egrève

Merci et pardon pour le retard, mais pour moi qui suis méditerranéen, et en plus étant sur des terres marseillaises, commencer à l'avance c'était, c'est un vrai choc culturel (*rires*). Grâce à l'introduction, je me suis à peu près remis de mes émotions. On va y aller. Je suis censé introduire la prise de parole d'un certain nombre d'intervenants, donc sur une question qui est « comment infléchir la politique des décideurs pour l'application du droit à la santé pour tous. » Je commencerai par une petite étude de cas qui va être un clin d'œil. Le maître mot sera la notion de rapport de force. Le rapport de force politique, qu'on soit en France ou à l'étranger, est l'aboutissement d'un mécanisme qui va crescendo, qui commence par une sensibilisation, une information des décideurs ; la deuxième étape étant une étape d'interpellation, et la troisième étape étant une étape de confrontation qui inscrit le rapport de force dans la sphère politique. Alors, le clin d'œil que je demande aux Marseillais d'accueillir pour ce qu'il est, un clin d'œil amical, mon étude de cas, est le suivant : Mesdames et Messieurs, les élus marseillais, nous vous avons informés largement ce matin qu'il y avait des besoins en matière de formation

des étudiants en médecine sur cette ville sur les questions liées aux inégalités sociales de santé. Ça, c'est pour la phase d'information. Pour

la phase d'interpellation, Mesdames, Messieurs les décideurs politiques marseillais, Mesdames, Messieurs les universitaires marseillais, vous serez bientôt la seule université et la seule faculté de médecine en France à ne pas avoir développé un diplôme de troisième cycle sur la question des inégalités sociales de santé. Nous allons organiser à partir de lundi une pétition de l'ensemble des associations marseillaises pour vous demander frontalement la création dans l'année qui vient, année électorale donc, la création d'un diplôme d'université sur la question des inégalités sociales de santé à Marseille. Donc voilà ce clin d'œil amical, n'est pas uniquement un clin d'œil. Je vais essayer de problématiser de façon un peu plus théorique mon propos. D'abord, pour dire que l'inflexion des politiques des décideurs pour l'application du droit est une question qu'il est difficile



de traiter de façon universelle, et que la façon dont on traite cette question en France, ne s'inscrit pas, dans un contexte qui est superposable avec celui de la Birmanie ou qui n'est pas superposable, pour évoquer des pays mentionnés ce matin, avec la situation en Haïti, la question, le contexte du Liban ou la question des États-Unis. On le voit bien, il a été beaucoup question ce matin de la thématique de la gratuité des soins. Je pense que cette thématique de la gratuité des soins, la façon dont elle a été abordée ce matin, est une façon très franco-française qui nous renvoie à l'histoire de la France, à l'histoire politique de la France, à la relation que nous, citoyens français, nous entretenons avec le pouvoir public de notre pays. La question en ce qui concerne cette politique aux États-Unis, est une question qui est posée en des termes totalement différents, et que pour nous, les difficultés qu'a eu Barack Obama à imposer sa réforme de la couverture sociale, nous apparaissent comme un débat de martiens à nous républicains français, héritiers de la royauté française et d'un pouvoir central qui décide. Donc on ne peut pas aborder cette question de l'inflexion des politiques publiques de façon universelle. C'est forcément toujours du cas par cas, et c'était la première chose que je voulais dire. Deuxièmement, il y a une autre question dans la question. Comment se co-construisent les politiques publiques, comment elles se construisent, et comment un certain nombre d'acteurs agissent comme des vigiles, des vigiles du respect du droit déjà existant ? Cela a aussi été mentionné ce matin. Dès lors qu'on parle du droit et du droit à la santé comme d'autres droits, on se pose deux questions: comment faire évoluer le droit existant pour qu'il investisse les espaces qu'il n'investit pas

aujourd'hui. Commençons par faire appliquer efficacement les textes qui existent, on aura déjà fait des progrès. Et donc, dans cette confrontation démocratique entre le pouvoir politique, le pouvoir des experts et le pouvoir des citoyens, on parle bien de deux choses qui sont à la fois la construction du droit et à la fois la vigilance sur l'application du droit déjà existant. Sur ces questions, beaucoup d'auteurs ont déjà écrit. Dans le petit texte qui introduisait mon intervention d'aujourd'hui, je parlais autour de cette question de confrontation démocratique entre politiques, experts et citoyens, des textes aussi vieux que Max Weber. Si on relit Le Savant et le Politique, on est étonné du caractère contemporain du bouquin, puis on le referme, on s'aperçoit qu'il a été écrit en 1919 et que finalement cette question n'a pas pris beaucoup de rides. On a des auteurs plus récents comme Pierre Rosanvallon qui, et je fais référence à un de ses ouvrages qui s'appelle La légitimité démocratique, décortique le fait que le pouvoir électoral et la représentativité que confère l'élection au suffrage universel n'est pas tout et qu'on peut être élu avec 52% des voix, et que dès lors se pose la question: qui va à un moment donné, attirer l'attention sur les problématiques des réalités des segments qui n'ont pas pris part au vote, qui n'ont pas pris part au vote majoritaire.

Dans le choix qui a été fait de la constitution du panel qui va réagir à mes propos, il y a un choix implicite qui est réalisé, qui est que tous les intervenants sont des intervenants issus du milieu associatif et que donc ce dont on va traiter me semble-t-il, (à part si MG France, la personne qui représente MG France, veut intervenir à la fois avec la

casquette syndicale et la casquette associative, mais fondamentalement vont s'exprimer après moi des représentants du secteur associatif). Donc l'implicite du débat que nous allons avoir c'est : quelle est la place que le secteur associatif prend en France, mais aussi à l'étranger. On verra que c'est la transposition qui n'est pas facile, pour s'inscrire dans cette logique de la co-construction des politiques publiques. En la matière, on sait que pour ceux qui ont réfléchi et écrit sur ces questions de la place du secteur associatif, la question cruciale c'est dans cette logique du contrepouvoir et de la confrontation démocratique. D'où les associations tirent-elles leur légitimité pour contrebalancer le pouvoir politique qui est issu d'élections? Comme responsable associatif, comment est construite ma légitimité qui me permet d'interpeller le secteur associatif? Classiquement, ce qui est assez représentatif aussi de cette diversité, c'est qu'il existe trois grands modèles de représentativité de la légitimité associative qui sont: le modèle représentatif, le modèle dit gestionnaire et le modèle expérimental. *Le modèle représentatif* c'est : nous sommes une association de personnes concernées par une maladie donnée (l'Unafam, la Fnapsy dans la santé mentale, Act Up, Aid dans la question du sida) et nous tirons notre légitimité du fait que nous sommes directement un regroupement de citoyens concernés par une problématique, et nous tirons notre légitimité de cette réalité là. Deuxième modèle de légitimité associative, *le modèle gestionnaire* : nous gérons des structures, nous sommes une grande association du champ du handicap, et il y en a à cette table, ou bien un regroupement d'associations du champ du handicap, et au fond nous tirons notre puissance et notre légitimité du fait que parce que nous gérons

ces structures nous sommes fondés à nous exprimer sur la réalité de tel ou tel type de population, parce que nous la côtoyons, car nous côtoyons de près et à grande échelle. Et puis troisième type de légitimité associative, celle dite *expérimentale ou expertale* : nous sommes une association de professionnels dans une niche professionnelle donnée, nous sommes des acteurs de Médecins du Monde engagés sur la réduction des risques associatifs et nous avons des savoirs que n'ont pas aujourd'hui les politiques publiques à la marge de ces politiques publiques, dans le champ de la toxicomanie, dans le champ de la réduction des risques; et au nom de cette légitimité expérimentale mais professionnelle, nous sommes amenés à interpeller les politiques publiques là où elles sont encore insuffisamment construites ou insuffisamment mises en forme. J'ai commencé par dire, tout est question de rapports de force, et ce rapport de force s'inscrit fondamentalement, basé sur des légitimités que j'ai essayé de vous décrire et à propos desquelles j'inviterai ensuite les panélistes à réagir. En sachant que, et je voudrais beaucoup insister là-dessus, comme je l'ai fait en commençant, en terminant mon propos, c'est que cette description, ces logiques de la co-construction des politiques publiques et de la confrontation démocratique que je viens d'évoquer, ce sont des logiques dont nous sommes les héritiers en tant que citoyens français, en tant que citoyens européens, et encore qu'il y aurait déjà à dire sur les différences au niveau européen. Et qu'à la fois nous construisons cette confrontation démocratique, mais nous sommes des outils de contre-pouvoir dans l'histoire politique de notre pays, à tel point qu'à la fois nous sommes forts

d'interpellation, nous prenons la parole fortement dans des tribunes, dans des prises de positions politiques sur la situation des Roms, sur la situation des prostituées, sur la situation des toxicomanes mais à la fois nous sommes largement subventionnés par les pouvoirs publics. Et donc, il est acquis dans l'histoire sociale, dans l'histoire politique de notre pays que nous sommes à la fois les mouches du coche, et qu'à la fois le pouvoir politique accepte le prix à payer de la prise de parole du secteur associatif, et il l'accepte pour deux raisons : il l'accepte parce que les politiques publiques, quand elles évoluent en même temps que se construit la société de nos pays, il y a des marges qu'elle ne sait pas atteindre. Les médecins hospitaliers types ne connaissent pas les squats ou villages des Roms. Un certain nombre d'acteurs des politiques publiques, médecins, inspecteurs qui se sont exprimés ce matin, etc, ne connaissent pas la réalité de la prostitution et de certains comportements que seuls connaissent les gens qui sont au contact de ces réalités à la marge. Donc le prix à payer pour le pouvoir politique, c'est que soient investis ces lieux à la marge qu'il ne connaît pas ; et le deuxième prix à payer

est un prix sur une logique économique, et l'on voit bien qu'avec les centaines de milliers d'emplois que représente le secteur associatif aujourd'hui, il y a pour les pouvoirs publics l'occasion de faire des économies parce que le niveau de rémunération dans le secteur associatif n'est pas le niveau de rémunération des experts ou de certains personnels de la fonction publique. Voilà un peu les termes du débat. Je vais terminer en disant qu'une des grandes difficultés pour le débat d'aujourd'hui qui est censé apporter un éclairage sur la situation à nos portes en France et la situation de l'aide humanitaire internationale, c'est : qu'en est-il de nos capacités réelles de transposer tous les mécanismes, les raisonnements que je viens de dérouler devant vous et qui sont l'héritage d'une histoire politique et sociale en France à des environnements où nous méconnaissons totalement les réalités sociologiques, historiques, culturelles, les contextes dans lesquels nous intervenons mais dans lesquels nous sommes fortement tentés de reproduire les mêmes logiques et avec quelques fois des grandes difficultés à le faire. Je vous remercie.

➔ **Philippe Langevin :** Merci docteur pour ce cours de droit. Ce que vous avez dit, on pourrait l'élargir à bien d'autres secteurs de l'actualité d'aujourd'hui. Je veux dire ce n'est pas uniquement la santé qui est concernée par l'engagement associatif, c'est le modèle de société lui-même qui évolue et qui finalement dégage le pouvoir nouveau, l'efficacité incontestée d'un secteur privé d'intérêt général qui en quelque sorte contribue à travailler non seulement dans les marges que vous avez évoquées mais également au cœur des problèmes, et qui, par la mobilisation de ses acteurs, par l'efficacité de ses techniciens, contribue lui aussi aux réponses que vous avez évoquées. Mais vous avez bien signalé à quel point on ne pouvait pas transcender les modèles et qu'on a souvent tendance notamment à penser du modèle français qu'il est universel ou que le modèle européen est exportable alors qu'en quelque sorte chaque territoire doit inventer la modalité appropriée par rapport à son histoire, ses cultures, ses religions, et que sur ce point évidemment nous ne sommes pas dans des processus de

transposition mais bien dans des processus d'invention dans lesquels le territoire n'est plus un lieu mais devient un milieu dans lequel se structurent, s'organisent, se rassemblent des partenaires venus d'horizons divers ou qui partagent la même conviction commune ou les mêmes intérêts généraux. Cette introduction ne vous a pas échappé par rapport au pouvoir ; vous avez vu qu'il interpellait un peu le pouvoir public local, après tout cela est entendu et sera pris en compte. Bien, donc merci de cette intervention qui montre bien, d'ailleurs vous avez utilisé un mot important, rapport de force, que nous ne sommes pas dans une société tranquille, c'est-à-dire égalitaire qui permettrait de penser que finalement avec un peu plus d'efforts, un peu plus de moyens, un peu plus de médecins, on trouverait les réponses adaptées. On est dans une situation de bagarre et à ce titre-là évidemment entre les trois acteurs que vous avez soulevés, les élus, les professionnels et les associatifs, il y a évidemment des tensions qui s'opèrent mais qu'on a vertu quand même de faire avancer les questions, de réfléchir sur ses propres comportements, de proposer des chemins locaux, des chemins qui permettraient de poser différemment les questions de droit à la santé que la question traditionnelle quantitative. On est dans un processus beaucoup plus qualitatif. Bien alors, pour compléter un peu ce débat, je vais demander à Monsieur Lagier, avec M. Micheletti, est-ce qu'il faut automatiquement des rapports de force pour pouvoir répondre à la question posée ?

TABLE RONDE 3

Débats

→ **Pierre Lagier**
Médecin hospitalier retraité
Président de la Chrysalide Marseille

Je vais m'exprimer en tant que responsable d'une association qui accueille des personnes handicapées mentales. Je vais vous répondre sur les deux points : la question du rapport de force et de la légitimité. *Le rapport de force* : il est clair qu'actuellement ce rapport de force devient de plus en plus prégnant, parce que l'évolution de la société, l'évolution de la crise mettent en difficultés les associations en particulier en matière de projets. Jusqu'à présent, c'était les associations qui élaboraient des projets, qui les proposaient au niveau des autorités publiques, qui à ce moment-là les acceptaient ou les refusaient. Mais en tout cas l'initiative venait des associations. Depuis la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », c'est l'ARS qui dit : « on a tel projet à tel endroit, est-ce que vous voulez participer ou non ? » Et donc cela change beaucoup les choses. D'autant plus qu'associée à la crise économique, et bien l'évolution montre qu'il n'y a plus de projets, ou quelques projets à l'heure actuelle. Le rapport de force a toujours existé mais il va devenir de plus en plus important parce que nos associations et surtout les associations qui sont représentatives, ne toléreront peut-être pas très longtemps qu'il y ait un blocage comme c'est le cas à l'heure

actuelle. En ce qui concerne la légitimité, je représente une association de parents, qui est regroupée au

niveau national, au niveau d'un pays, et par force on est légitime sur les trois aspects que vous avez évoqués. C'est-à-dire au niveau de la représentation, on représente les familles et donc par ricochet les personnes handicapées mentales. Le fait qu'on soit parents nous donne quand même la connaissance des difficultés. Nous y sommes confrontés quotidiennement, on connaît bien les besoins, et puis cette difficulté nous a conduit à trouver des solutions, et finalement depuis 50 ans ou un peu plus, toutes les structures médico-sociales ont été mises en place, dans la grande majorité par des associations. Donc cette légitimité au niveau représentatif, au niveau gestionnaire n'est pas tellement discutable et enfin je pense personnellement qu'on est tout à fait légitime même au niveau professionnel puisque bien qu'association de parents bénévoles, on s'appuie bien entendu sur des professionnels. On parle depuis longtemps



de professionnalisation. Dans les associations, à l'heure actuelle, elle est réalisée. Et donc je pense qu'il n'y a pas tellement de difficultés en termes de légitimité.

Peut-être un petit mot, sur l'accès à la santé. Je pense qu'avant d'arriver au rapport de force, il faut faire partager le diagnostic, c'est-à-dire bien définir que l'accès à la santé des personnes handicapées, et en particulier mentales, à l'heure actuelle est extrêmement mauvais. C'est-à-dire qu'on a dans des études récentes, des taux de renoncements aux soins qui dépassent 10%. On a des actions de prévention qui sont insuffisantes ; par exemple, une étude sur la région PACA, il y a quelques années, montrait que les médecins généralistes réalisaient moins d'actes de prévention et de dépistage parce qu'ils n'avaient pas suffisamment de temps, pas suffisamment de formation (on en a parlé)... C'est une réalité qui existe et une étude qui a été faite dans le nord montrait exactement la même chose, vu du côté des personnes handicapées mentales qui étaient interrogées ou de leurs accompagnants. Et c'est un problème qui quantitativement est très important. Une étude récente montre qu'un jour donné au CHU de Grenoble, qui est quand même un hôpital d'une certaine taille, un patient hospitalisé sur trois est une personne handicapée. Donc il est quand-même temps que dans nos hôpitaux l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées soient réellement réalisés. Alors, je vais finir sur ce point de l'hospitalisation des personnes handicapées mentales. C'est un moment de rupture très important : à l'entrée on a régulièrement des traitements qui sont arrêtés parce que la personne a du mal à s'exprimer. Et puis,

c'est un peu la même chose à la sortie parce que dans les hôpitaux maintenant, les séjours sont de plus en plus courts, donc on peut tout à fait aux urgences renvoyer à 4h du matin une personne handicapée mentale sans qu'il n'y ait de suivi organisé. L'autre point au niveau de l'hôpital qu'il faut absolument améliorer c'est l'accompagnement humain. La personne handicapée mentale, il faut qu'elle soit accompagnée, mais accompagnée humainement. Il faut quelqu'un qui l'aide dans sa réflexion, dans son expression, à communiquer, à exprimer sa douleur, sinon ça se passe d'une manière absolument catastrophique. Il est tout à fait indispensable qu'il y ait dans nos hôpitaux des équipes mobiles handicap. On peut réfléchir à un système, un peu dans le même modèle que les équipes gériatriques, où il y aurait des professionnels qui iraient au devant des personnes handicapées de manière à pouvoir leur apporter une aide de type social dont elles ont besoin. Le soin médical est bien pris en charge. Mais au niveau social par contre, c'est tout à fait mauvais. On peut faire le parallèle avec les établissements médico-sociaux. On parle à l'heure actuelle, par exemple pour les situations de fin de vie, de maintenir les personnes le plus longtemps possible dans les établissements médico-sociaux, j'y suis tout à fait favorable. Mais comment faire l'accompagnement auprès des personnes si dans le foyer où la personne est accueillie, la nuit il y a seulement un veilleur de nuit et qu'il n'y a pas d'infirmière. Vous concevrez que c'est quelque chose qui va être extrêmement compliqué, extrêmement difficile.

Je m'arrête sur le dernier point, qui est le point de la formation. On en a beaucoup parlé, mais la formation est absolument un

point essentiel. La formation handicap dans les études médicales est extrêmement limitée, je ne sais plus combien d'heures, 20 heures ou 25 heures. C'est extrêmement limité et c'est absolument essentiel. Si on a un point sur lequel on peut progresser, et qui en plus ne coûte pas tellement cher à l'heure actuelle, ce serait d'inclure dans toutes les formations du secteur sanitaire un module handicap qui ait une durée suffisante. On parlait d'autiste ce matin, d'une personne autiste qui arrive dans un service hospitalier. Elle va ressortir sans aucun soin, sauf s'il y a un accompagnement, parce que sinon ça ne marchera jamais, parce que la personne refusera de se faire soigner et que de toute façon le médecin ou l'infirmière en place auront tellement peur qu'elles ne sauront

plus comment faire. On a l'impression qu'il y a une sidération globale des professionnels de santé. Donc, c'est vraiment ce point de formation qui est essentiel. On a obtenu dans les instituts de formation en soins infirmiers par exemple que les infirmières soient confrontées à plusieurs reprises durant leur formation à des situations de personnes handicapées, et qu'il y ait des stages dans les établissements médico-sociaux. Quand vous avez une infirmière qui est venue dans un établissement et que vous la rencontrez aux urgences, par miracle tout se passe très bien. Au niveau médical, si les médecins en formation venaient dans les établissements médico-sociaux médicalisés, je pense qu'ils verraient les choses d'un œil tout à fait différent.

➔ **Philippe Langevin :** Finalement, on a remplacé progressivement la procédure des contrats qui tenaient sur plusieurs années, basés sur la confiance, par des appels d'offres qui induisent des contraintes de gestion et des problèmes financiers et qui finalement remettent en cause les modalités spécifiques du secteur médico-social pour des personnes, qui ont besoin certainement d'un surplus d'humanité. C'est vrai que vous avez rappelé la problématique tout à fait importante de l'accompagnement et là aussi c'est intéressant de voir que l'accompagnement dont vous parlez pour les personnes handicapées, pourrait être aussi élargi pour toute personne en situation difficile, aux chômeurs de longue durée, aux étudiants qui sont perdus, aux étrangers en situation plus ou moins régulière. On voit qu'aujourd'hui, dans un monde très complexe, où les administrations sont de plus en plus opaques, trouver un responsable est de plus en plus compliqué... Tout ça nous interpelle. Nos capacités, notre système à trouver des réponses appropriées aux personnes accompagnées, est tout à fait essentiel. Je vous remercie de votre intervention qui est inquiétante mais appuyée sur votre expérience et qui montre encore le chemin à parcourir. Je passe maintenant la parole à Mme Giannotti, médecin généraliste, associée nationale. Vous venez de Paris, nous sommes honorés. Alors à la capitale, est-ce que vous partagez le même regard que nos intervenants précédents ?

➔ **Agnès Giannotti**
Médecin généraliste dans son
Cabinet à Paris
Présidente de MG (Syndicat des
Médecins Généralistes) Paris

Je ne suis pas présidente de MG France, je rends hommage à Pierre Fost qui a été président pendant des années et qui a été à la bataille contre tous et vraiment je le remercie. Pour l'instant, c'est Claude Bescher. Je suis membre de la Commission sur la réduction des inégalités en santé à Médecins généralistes (MG France) de Paris. Alors je vais intervenir au nom de l'association URACA et au nom de MG France, c'est complémentaire mais ce n'est pas la même chose. Quand on fait notre travail en tant que médecin généraliste au sein de son cabinet, c'est déjà bien, on touche beaucoup de monde avec notre patientèle avec quelques milliers de personnes, c'est déjà bien. Si on veut intervenir à un niveau supplémentaire, il y a des voies associatives qui nous fournissent un modèle expérimental dont parlait monsieur Micheletti. L'URACA est une association communautaire donc on n'est pas des professionnels. Je suis dans cette association parce qu'elle est communautaire et parce que je fais partie d'un « nous ». Ce n'est pas moi et eux. C'est une dynamique complémentaire qui nous permet d'avancer vraiment et justement c'est la prise de parole d'une population humaine et qui font ce qu'ils ont envie de faire. Voilà pourquoi j'ai rejoint cette association. Depuis ce matin, j'ai entendu « interculturels », j'ai entendu « santé communautaire », « médecin généraliste au sein du système de soins » et je vous remercie car ça représente toutes mes batailles. Et ces batailles, elles doivent se

mener effectivement à des échelles différentes dans des lieux différents parce que ce ne sont pas les mêmes victoires. A URACA par exemple, on a été les premiers à parler de personnes

relais sur la prévention du SIDA. Cela paraît d'une telle évidence aujourd'hui mais on a mis 3 ans à faire accepter ça car c'était encore surréaliste il y a 20 ans. Les choses ont avancées. L'interculturel, c'est pareil, on ne parlait jamais de santé communautaire, ce n'était pas politiquement correct. Maintenant que les gens soient d'accord ou pas, c'est le sujet dont on parle dans la société comme au journal débat d'aujourd'hui, ce sont presque des lieux communs mais il nous a fallu 20 ans de bataille. Donc je pense que les associations ont le pouvoir de tirer la société et d'innover et de faire circuler des idées. Le syndicat, c'est autre chose. Aujourd'hui on veut dépasser ce cercle-là d'intervention ponctuelle sur des sujets que l'on connaît bien qui sont quand même très spécifiques et on veut atteindre l'ensemble de la population pour avoir une idée structurante des systèmes de santé que ce qu'on veut c'est ouvrir l'accès à la santé pour tous c'est-à-dire lutter d'abord contre la précarité. L'accès aux soins, c'est aussi lutter contre les inégalités sociales de santé. Mais là, ce n'est plus du tout la même chose parce que cela traverse



l'ensemble de la société. À MG France, nous avons une mission qui s'occupe de la réduction des inégalités sociales de santé. On était, il y a encore deux jours, à la CNAM pour essayer de négocier des actions au niveau professionnel pour l'ensemble des généralistes. Notre but, c'est bouger l'ensemble des syndicats, des types d'applications politiques syndicales qui permettent d'aller encore plus loin à une échelle nationale ou populationnelle. Un petit mot aussi, sur l'Afrique car l'URAC (Unité de Réflexion et d'Action des Communautés Africaines) a des actions en France et en Afrique depuis 20 ans notamment au nord Bénin. Je vais prendre la parole pour quelqu'un qui n'est pas là : mon mari le Dr Moussa Maman. Il est fondateur de l'URACA, médecin et ethnopsychiatre et il a eu la même question : Comment puis-je interférer avec les politiques au Bénin car je n'ai aucune légitimité, ce n'est pas mon rôle. Par contre lui qui est natif de là-bas et pour qui la seule bataille dans sa vie c'est de faire quelque chose pour sa population, il s'est demandé : comment je peux intervenir ? Est-ce que je deviens ministre ? On lui a proposé plusieurs fois et il a dit non à cause de la corruption. Cela mérite un débat car on ne peut parler de l'action dans les pays du sud sans parler du sujet. Cela pose un gros problème éthique et concret : jusqu'où doit-on aller ? A Atacora on n'a jamais voulu payer donc on est rentré en conflit avec toutes les structures du pays. En effet, si on ne paye pas on n'est pas assuré de pouvoir continuer. On a réussi à tenir un certain temps parce qu'on avait des aides, des

soutiens et puis une équipe d'évaluation est venue. Dans cette équipe, il y avait des Béninois, un d'entre eux était celui à qui on avait refusé les 10%. Je vous laisse comprendre la suite, toutes les actions ont été interrompues. Il y a aussi tout ça qui joue dans les rapports Nord-Sud. C'est très compliqué. Lutter contre l'inégalité sociale de santé, ce n'est donc pas se faire que des amis y compris dans nos propres camps et dans nos propres structures. Je vous donne un exemple : nous ce qu'on veut c'est que tout le monde puisse être soigné, avoir un service de qualité dans les structures de droit commun. Notre but, c'est que tout le monde puisse avoir un médecin, un parcours de soin coordonné pour avoir des soins de qualité et qu'on puisse avoir tout ce dont on a besoin. Et j'ai eu entre mes mains, un mail par inadvertance, d'un responsable d'une PASS (permanences d'accès aux soins de santé) pour les précaires d'un l'hôpital parisien. Il disait à une de ses collègues : « tu te rends compte, il y a un cabinet médical qui ouvre en face de l'hôpital, il accepte les CME, il accepte les CMU et en plus il fait le tiers payant. Ce responsable vivait la précarité comme son marché. Une dernière question : la complémentarité avec les médecines traditionnelles. Dans le monde entier, dans les pays du sud, vous avez des systèmes millénaires qui existent, qui sont différentes des nôtres. Ces gens-là existent, ils sont sur place, ils sont accessibles financièrement mais c'est à nous médecins à leur laisser un peu de liberté des soins. C'est dans la complémentarité qu'on va pouvoir construire quelque chose.

➔ **Philippe Langevin :** Merci pour nous avoir enseigné le devoir d'être incorrect pour devenir efficace. Cela arrive à sortir des normes, des administrations des

réglementations, des droits fédéraux si on ne s’immisce pas dans les interstices pour exprimer de réelles libertés, on est toujours quelque part dans un système dont on voit aujourd’hui très clairement les limites. Ce que vous avez aussi souligné sur la précarité est important. Cela rejoint d’autres débats sur d’autres facteurs : précarité en matière de revenus, de ressource, de chômage, difficulté des conditions de vie. Tout cela nous interpelle d’autant plus qu’aujourd’hui la précarité augmente. En France, 18% de la population est en dessous du minimum vital, à Marseille c’est 27%. Mais finalement on ne s’en rend pas trop compte parce qu’on est plutôt du bon côté de la barrière, parce qu’il y a tellement de mendiants qu’on ne les voit plus. On est dans une société qui se délite largement. Il y a la santé, la précarité, évidemment tout à fait essentiel, vous avez rappelé sur ce point quelques vérités qu’il était important de souligner. L’aspect culturel que vous avez souligné et que le docteur avait aussi rappelé tout à l’heure, dans le fait que les cultures locales peuvent être positives-ou négatives. La corruption fait partie des secteurs à comprendre et à appréhender sans totalement marginaliser. Evidemment, pour les évaluations, il faut évaluer les évaluateurs. La culture traditionnelle est importante. Nous ne sommes pas dans une société d’individus semblables, interchangeable, mobiles et qu’au sein d’un territoire, dans sa culture et son environnement, on peut trouver sans doute les réponses les plus appropriées. Elles ne sont d’ailleurs pas forcément définitives car on est dans un cycle de vie compliqué. Il n’y a pas de trajectoire mathématique, il y a des interrogations quotidiennes que je vous remercie de nous avoir fait partager. Alors Mme Payan, vous travaillez aussi beaucoup dans le schéma de précarité à la Fédération nationale. Comment percevez-vous les propos précédents ? Comment peut-on relier les problèmes de santé aux problèmes de précarité ?

➔ **Noura Payan**
**Chargée de mission de coordination
du Réseau santé précarité à la
Fédération nationale des associations
d’accueil et de réinsertion sociale**

Je ne savais pas comment commencer cette intervention cet après-midi car beaucoup de choses se sont dites. Je suis chargée de mission pour les personnes sans abri. Je coordonne tous les acteurs sur la localité de Marseille. C’est un projet qui est porté par la FNARS et qui est financé par les institutionnels et qui en fait a vu le jour de par la volonté des institutionnels suite à un rapport qui a été fait sur Marseille en matière d’obstacles à la santé pour les personnes sans abri.

Suite à ce rapport, un certain nombre d’éléments ont été mis en avant. Ce rapport a été validé par tous les institutionnels de la ville de Marseille. Ils sont donc plutôt impliqués dans un travail « tous ensemble » pour essayer d’améliorer l’accès aux soins des personnes sans abri. Alors je n’ai pas la



prétention de dire que tout va mieux depuis que ce projet existe mais ce que je trouve intéressant dans ce projet, c'est que pour une fois, on essaye de ne pas être dans la confrontation. Pour une fois, il réunit un maximum d'acteurs de tous les champs - des professionnels, des bénévoles et des associations du social et du sanitaire, des institutionnels (du conseil régional, du conseil général des Bouches du Rhône, du CCAS...), et enfin les personnes qui sont concernées. Et on essaye tant bien que mal d'identifier les difficultés. Il ne suffit pas de porter à la connaissance des institutionnels la difficulté qui a été identifiée. Il faut aussi essayer d'apporter des éléments nécessaires à la compréhension des choses pour pouvoir commencer à réfléchir à une solution élaborée collectivement. Bien sûr, quelque part, on appelle ça évaluer sauf que là, il ne s'agit pas que de ça. Ce qui est intéressant, ce sont tous les constats qui sont travaillés afin de vraiment délimiter un argumentaire suffisant pour agir là où il faut agir. Par exemple, les difficultés qui sont de l'ordre de l'accès aux droits. Je vous donne un exemple : la domiciliation. Elle pose beaucoup de difficultés aux étrangers... On est actuellement sur cette difficulté-là qui relie tout le monde. Elle implique à la fois les institutionnels et à la fois des acteurs de

l'associatif ou des acteurs du terrain. Je crois qu'on peut améliorer les choses. Ce que je voulais dire c'est que j'ai entendu ce matin qu'il faut de la formation, j'ai entendu Mr Micheletti en parler et je sais ô combien c'est important pour les professionnels, pour les bénévoles et en même temps je suis intimement persuadée que quand elle existe, les gens ne vont pas forcément la chercher. Enfin, je trouve un peu dommage de voir que tout le monde veut tout faire alors qu'on a des travailleurs sociaux... ce n'est pas normal. Plutôt que d'essayer d'avoir toute la formation nécessaire pour tout faire, ce qui est important, c'est de se dire : comment j'apprends à travailler avec les autres d'une manière un petit peu plus efficace ? Donc dans ce projet, pour lequel je suis missionnée, c'est un peu ça qui se passe. Qu'est-ce que je mets sur la table pour être davantage sur la coopération qui amène des collaborations efficaces ? Quel dialogue je mets en avant, quelle information ? Donc c'est un long travail. Je ne sais pas si cela aboutira à plus de résultats. Je n'ai pas la prétention d'avoir une vérité mais il y a des choses qui se font et je pense que la démarche participative, le dialogue, la capacité à écouter ce qui vient du terrain peuvent nous amener à miser sur des objectifs plus efficaces.

➔ **Philippe Langevin** : Il est tout à fait important de relever l'abondance de la formation, tous les intervenants ont souligné ce problème-là. Il est probable que ce que vous dites sur la participation, le dialogue, la capacité à convaincre dans tel projet : tout cela à un nom, c'est l'information. Et arriver à instaurer un terrain de dialogue, arriver à trouver le bon argument par rapport aux interlocuteurs qui veulent monter un projet collectif, ça demande beaucoup de travail, ça demande de sortir de son cadre personnel, professionnel, institutionnel pour essayer de comprendre ce que dit l'autre dans une conception de partage du projet. C'est cette problématique du projet, au cœur du débat, qui est tout à fait essentiel, apprendre un peu comment réfléchissent les autres, se rapprocher, selon des points

communs. Évidemment quelque part c'est un rapport de force mais bien entendu heureusement que tout ne se fait pas à coup de bazooka et qu'on peut trouver des moments, des périodes, des projets qui nous permettent d'avancer dans un sens qui nous rassemble aujourd'hui. Néanmoins, compte tenu de l'ordre du monde, ou plutôt du désordre du monde, le mot confrontation n'est pas une grossièreté. Il faut aussi savoir affronter la confrontation qui n'est pas forcément négative dans notre thème et qui peut permettre de faire avancer le débat. En tout cas, merci de votre intervention tout à fait importante qui montre bien l'importance, la nécessité, la difficulté du travail partenarial avec des populations elles-mêmes en situation de précarité. Bien alors Mr Valls, vous êtes psychologue clinicien vous travaillez beaucoup avec les enfants des populations réfugiées et déplacées. Vous êtes au cœur de ce débat, quelle est votre position par rapport à ce qui a été dit jusqu'à maintenant ?

➔ **Philippe Valls**
Consultant dans le champ psychosocial
Fondateur de l'association Enfants Réfugiés du Monde

J'ai travaillé plus de 25 ans avec les populations déplacées dans le monde et j'ai travaillé aussi en France pendant une vingtaine d'années avec des personnes toxicomanes et je tire un bilan assez sévère de ces années, c'est-à-dire que j'ai l'impression que très souvent on fait passer des défaites majeures pour des victoires. Je vais prendre le cas de la toxicomanie. Depuis des décennies, il y a des gens qui disent que prendre une drogue n'est pas une addiction, c'est une question personnelle. Ces personnes sont malades et elles ont le droit d'être soignées or elles sont considérées en France comme des délinquants depuis des années. Toutes les personnes qui ont dénoncé cela il y a quelques années, dès qu'elles sont arrivées à des postes à responsabilités, elles ont dit que c'était plus l'heure. Je vais prendre un exemple tout simple. Mr Kouchner avait signé en 1976, un appel du 18 juin pour la légalisation du cannabis et quand il est devenu ministre des Affaires étrangères,

quand on l'a interrogé là-dessus, il a dit que ce n'était pas le moment, que l'opinion publique n'était pas prête. Résultat, l'interdiction a fait que

des nombreuses personnes toxicomanes, lors de l'épidémie du sida, ont été décimées parce qu'on a fait une politique répressive. Ce que je veux dire, c'est que lorsque Pierre disait qu'il fallait des rapports de forces, en effet, il faut des rapports de forces. Je me souviens de la violence des manifestations qui'ont été menées par Act Up sur la question de l'échange de seringue et des programmes de substitution, qui a été réprimé à coups de matraque. Aujourd'hui sur la question des Roms, il y a de véritables répressions qui se mettent contre les personnes qui les défendent et des intimidations au travail, des gens qui sont



en poste dans des établissements publics qui sont réellement menacés par leur supérieur hiérarchique mais ça on en parle jamais. Je vais donner un autre exemple et qui tient également à Santé Sud. Il y a quelques années, je suis venu ici pour parler des enfants et de l'adoption et puis j'avais dénoncé une association que je ne nommerai pas, sur ses pratiques d'adoption. Et quelques mois après le colloque, je reçois un email de Santé Sud qui disait : « écoute Philippe, on est embêté car cette association menace de nous amener devant les tribunaux si tu ne retires pas tes propos. Est-ce que tu acceptes qu'on ne les mette pas dans les actes ? » Je me suis dit : c'est de la censure quand même et puis finalement j'ai cédé parce que cette association est tellement puissante, elle a des moyens tellement puissants que je n'allais pas apporter des ennuis à Santé Sud qui n'avait pas forcément les moyens de répliquer. Ce que je voudrais dire aussi et je terminerais là-dessus c'est : qu'est-ce que je demanderais aux politiques ? je dirais qu'en certains moments, il ne faut pas simplement infléchir ces politiques, il faut renverser ce qui les mène. C'est-à-dire renverser une certaine logique qu'on appelle la réalité. On a l'impression qu'il y a des tas de gens qui sont en contact direct avec la réalité comme d'autres sont en contact avec Dieu. Comment font-ils pour être en contact avec la réalité ? Tous ceux qui ne sont pas d'accord avec eux ne sont pas « véristes ». Je pense comme Ernesto Sabato, le grand écrivain argentin, que par une inversion sémantique, on désigne comme réaliste aujourd'hui des gens qui mènent le monde à la faillite sur bien des points, qui mènent des politiques y compris sanitaire catastrophiques. Aujourd'hui on parle de droit à la santé etc. Mais on a détruit dans

l'Afrique de l'Ouest, où j'ai travaillé, des dizaines d'écoles et de dispensaires parce qu'on a supprimé le personnel qui les fait fonctionner car il fallait faire des économies au niveau du budget de ses États et que le FMI a exigé des plans de restructuration et pour 10 centres de santé qui étaient supprimés, les ONG en créaient un. À un moment donné on a l'impression qu'on est des imbéciles, qu'on est des imbéciles utiles. C'est ça qui fait quand même un peu mal. On a l'impression que parfois, y a des grosses machines et que nous on fait ce qu'on nous dit de faire et on le fait là où on nous dit de faire. On ne regarde pas ailleurs. Alors, j'ai écouté plein de gens ici et je trouve admirable tout ce qu'ils disent et je les respecte. Je comprends le travail qu'ils font sur le terrain... Mais je voudrais qu'on essaye de temps en temps de penser un peu globalement et de penser quels sont ceux qui ont réellement le pouvoir, quels sont ceux qui sont vraiment responsables de cette situation et nous le savons tous et nous ne le disons pas. Nous le savons tous qui sont les responsables et ça c'est le vrai problème aujourd'hui. Je terminerais par une chose qui est la raison pour laquelle j'avais sollicité Santé Sud. Je pense que dans la santé, il y a les choses utiles et il y a les choses inutiles. Les choses utiles ce sont les médicaments, les soins... tout le monde est d'accord là-dessus. Mais il nous reste quelque chose d'une philosophie aristotélicienne qui a coupé les activités humaines en deux : celles qui sont utiles et celles qui sont inutiles. Et les activités inutiles : l'art, le jeu, le rire. Toutes ces choses-là ne sont jamais prises en compte. Parce qu'elles ont un coût toutes ces choses-là. Mais elles participent de façon déterminante à la santé. Je dirais que, la santé, ça ressemble à ce que dit Proust des

voyages en train. Il dit que les voyages en train, c'est comme les œufs durs et les couchers de soleil. On mange un œuf, il y a un coucher de soleil. La santé c'est regarder un coucher de soleil ou un lever de soleil, regarder quelque chose de beau, accepter, voire avoir un moment de plaisir partagé avec les autres qui ne sert à rien, qui ne produit rien. Rien du tout. Le sel est la saveur de la vie. Je terminerais par ça. Lorsque je travaillais avec des personnes toxicomanes hébergées et qui arrivaient dans mon bureau en disant : j'ai fait toutes mes démarches et que je leur demandais : cette semaine est ce que tu as eu un bon moment sympathique, tu as eu l'impression d'être heureux même quelques minutes, est-ce que tu as eu un moment de bien-être ?

Il faut qu'on soit toujours utile pour ces personnes-là qui sont en souffrance mais posez-vous la question : quels moments de

bien-être peut-on leur proposer, leur offrir ? Un moment de jeu, de détente, de distraction, de quelque chose qui ne sert à rien. Quand on travaille avec des enfants, et que vous vous apercevez que quand ils ne jouent pas, c'est-à-dire l'équivalent de ces bons moments et bien petit à petit ils meurent, ils s'éteignent et bien il faut prendre en compte tous les éléments qui font que la vie existe et que nous nous sentons vivre, ce qui permet de nous sentir vivant et pas ce qui nous permet de voir une personne médicalement parce que son cœur bat, parce qu'elle respire. Quand on parlait avec Jean-Claude METRAUX, il y a une vingtaine d'années, on se posait la question : faut-il intervenir pour maintenir des gens dans des conditions de vie tellement infrahumaine et abominable ? Est-il logique de les laisser vivre comme ça ?

➔ **Philippe Langevin :** Il est important de montrer l'utilité de l'inutile. Il est essentiel dans notre façon de voir de comptabiliser les activités économiques et sociales pour nous rendre compte de ce qu'est un peu le marché, ce qui intervient quelque part, le produit intérieur brut et tout le reste n'existe pas. Mais c'est vrai que le rôle que vous avez souligné : le jeu, l'art, le rire, la beauté sont peut-être des éléments qui participent à la santé, en tout cas, ce sont des éléments qui participent au bonheur. En tout cas merci, c'est tout à fait intéressant. Il y a réellement une convergence dans cette table ronde, ce qui prouve que vous avez choisi les bons intervenants. Je vais donc maintenant laisser la parole au peuple qui souhaite intervenir.



TABLE RONDE 3

Echanges avec l'assistance

➔ **Jean-Luc Mouly** (*chirurgie solidaire et également membre de Santé Sud*) : On a effectivement parlé de formation notamment des formations des membres du monde associatif. Ce n'est pas de celle-là que je voudrais parler. Je voudrais revenir au Sud et au droit à la santé pour tous. C'est quand même le droit à des soignants pour tous et des soignants de qualité. Et je remercie Rony BRAUMAN ce matin, quand il a dénoncé un certain nombre d'organismes comme l'OMS qui montre la faible qualité de certains soignants notamment dans des milieux où les populations ne peuvent pas réagir ; eh bien ça, ce n'est pas acceptable autrement dit, pour nous et je sais qu'on le partage avec santé sud, cette préoccupation, cette notion de formation des soignants Nord et Sud est complètement indispensable et nous devons nous consacrer complètement à ça.

La 2^e chose rejoint la problématique de cette table ronde. Il est plus gratifiant dans notre monde actuel, de la part du politique comme de la part de sponsors, de financer un hôpital qui sort de terre et qui est inauguré dans des grandes manifestations, il est plus gratifiant de subventionner des actions qui passent à la télévision qui gratifient Pierre Paul et Jacques. Mais la formation des soignants dans les pays du sud, c'est lent, c'est long, c'est un travail de fourmi, pas toujours très visible mais par contre c'est d'une utilité fantastique. Alors comment faire maintenant pour modifier les décideurs ? bien sûr je suis d'accord avec Pierre Micheletti, il faut quelquefois des rapports de force mais pour avoir ces rapports de force, il faut mobiliser des gens et je crois que beaucoup d'entre nous aujourd'hui, si on peut partir avec cette idée de mobiliser tous nos voisins, tous les gens que l'on peut rencontrer aux problématiques de nos différentes associations et bien nous allons sortir bien grandi de cette journée et donc merci à santé sud de l'avoir organisé.

➔ **Pierre Micheletti** : Je vais rester sur le thème de la formation car ce que tu viens d'évoquer m'en donne l'occasion. Souvent les problématiques des pays du sud agissent comme des verres grossissant par rapport à ce que sont nos problématiques des pays développés, les inégalités sociales de santé. En fait, les mécanismes sont toujours les mêmes. Mais les personnes qui vivent dans des pays très précaires, ces mécanismes ne sont qu'accentués. Je crois que c'est pareil pour la formation parce que si, et je partage le fait que les personnes quels que soient les pays peuvent revendiquer le même niveau de technicité sur les actes chirurgicaux, sur les molécules...

Mais si c'est pour reproduire dans les pays du sud, un haut niveau de technicité, sans qu'il soit accompagné d'un certain haut niveau de conscience sociale, ne se préoccuperait pas de laisser pour compte, cette technicité, ça n'a pas de sens. Et ce n'est là que la situation des pays du sud reproductible à ce qui se passe aujourd'hui en France. Je vais ne parler que des médecins en France. Ça ne sert à rien d'avoir un système de santé en France ultra performant si personne ne se pose la question de savoir qui a l'accès effectif à ce système de santé. Donc, si on ne tire pas les enseignements des limites sociales du système dont nous sommes les enfants nous-mêmes aujourd'hui et que nous allons dans les pays africains ou autres reproduire le même système, on aura de la chirurgie cardio-vasculaire de haut vol en Côte d'Ivoire dans les cliniques privées d'Abidjan où le paysan moyen de Bouaké ou San Pedro n'aura pas accès. C'est cela qu'il faut revisiter dans la société française aujourd'hui. Ce que nous disent les doyens c'est que la progression des connaissances dans le monde de la santé est exponentielle et que donc aujourd'hui vouloir essayer d'enfoncer un coin dans le concours de 1^{er} année, dans le deuxième cycle, c'est impossible parce que ça ne suffit plus, le temps ne suffit plus tellement chacune des disciplines médicale et chirurgicale a progressé. Mais ça, c'est un choix politique qui s'inscrit dans une logique de rapport de force qui consiste à dire : certes les connaissances sont allées crescendo et elles sont exponentielles mais quel est le sens d'avoir un système qui vend tous ses champs disciplinaires pour ne finalement satisfaire que les besoins d'une fraction de la population. Si les cohortes de gens dans les zones urbaines sensibles, dans les zones rurales reculées d'un département, n'ont pas accès non pas à de la chirurgie cardio-vasculaire de pointe mais à une offre et soins médicaux et infirmiers de première ligne donc oui sur l'analyse de l'équité entre pays du nord et pays du sud et une équité qui serait basée sur le même regard critique que nous portons dans un cas comme dans l'autre sur une logique politique et sociale qui irait de pair avec la haute technicité médicale.

➔ **Patrick Delanoë** (*enseignant chercheur en droit*) : Je vais faire quelques observations sur le thème du droit à la santé et je voudrais m'excuser d'abord étant en face du praticien. Je suis juriste et un peu plus théoricien que praticien et donc le droit à santé mériterait davantage de précision peut-être conceptuelle sur le thème au départ. La difficulté, c'est que l'on conteste parfois le droit. On peut être d'accord ou pas, mais si on veut infléchir les politiques et les décideurs, c'est d'une certaine manière, les inviter à légiférer c'est-à-dire établir la forme, des règles de droit qui seront impliqués. Avant cela il faudrait définir un cadre théorique qui permette au décideur de bien orienter les choix qui sont pris sinon ça risquera d'être parfois inefficace. Ça c'est l'observation conceptuelle.

Maintenant, sur les expériences des uns et des autres, il semble bien que parfois la vision que l'on a des besoins en santé dans les pays du Sud soit quelque peu réductrice. Une intervenante a évoqué la question de la médecine traditionnelle qui constitue encore une part importante des réponses en besoin de santé dans les pays, en tout cas l'Afrique subsaharienne pour ce que je connais, mais ce sont des visions qui si elles ne sont pas intégrées dans l'approche de la politique de santé vers ces pays-là, risquent fort d'avoir un impact plutôt limité. La remise des prix tout à l'heure permet pour le moins d'espérer que les bénéficiaires pourront dépasser le cadre des observations technique dans leur projet pour regarder ses autres aspects qui contribueraient davantage à rendre plus efficace, plus concrètes les actions.

Et puis, je terminerai en évoquant l'observation de Mr Valls sur les difficultés en santé qui sont parfois si pénibles qu'on se demande parfois si cela vaut la peine d'être vécu quand-même. Tant qu'il y a de la vie, il y a de l'espoir même si les questions de santé sont les plus pénibles, on ne sait jamais.

➔ **Philippe Langevin :** Les choix dans les systèmes de santé, les choix sur la partie du revenu qui est injecté pour cette dimension sont toujours des choix politiques. On met l'argent quelque part, on ne le met pas ailleurs. Donc derrière tout système de santé il y a un choix politique tout à fait important qui peut être plus ou moins démocratique. En tout cas, elle sert un peu le système par rapport à celui de valeur tout à fait essentiel.

➔ **Public :** Plaidoyer des politiques sur le droit à la santé, on l'a beaucoup entendu. Le droit à l'accès aux soins est fondamental mais rappelons-nous que le système de soins ne représente que 10% des dépenses de santé. Il faut donc interpeller nos politiques, faire nos choix politiques sur celle d'éducation, celle de la petite enfance car c'est dans la petite enfance que l'on sait que se creusent les inégalités de santé. C'est même pendant la grossesse que beaucoup de choses se jouent mais pas seulement sur la question médicale. L'habitat par exemple. Interpellons tous nos politiques au niveau des villes au niveau des conseils généraux, sur toutes les décisions qu'ils prennent et l'impact que ça a sur la santé. La santé se fait beaucoup ailleurs que dans les soins.

➔ **Philippe Langevin :** Nous avons toujours tendance à être dans une problématique contre la maladie, les soins... alors que tout ça est très relié. On a évoqué des relations avec l'habitat, avec le niveau de vie, avec la localisation avec des données familiales et culturelles. Nous sommes vraiment dans une démarche interdisciplinaire. C'est vraiment un élément important qui résulte un peu de cette table ronde.

➔ **Public :** Juste rajouter un petit mot sur l'histoire de la politique. Effectivement, il faut que les politiques évoluent et s'adaptent. Mais pour qu'elles s'adaptent, encore faut-il que le regard de la société, en particulier sur ce qui concerne le handicap, change. L'accessibilité de l'accès aux soins rejoint l'accessibilité en général. Cette accessibilité est actuellement très mauvaise parce que la société n'est pas du tout en phase avec l'inclusion des personnes handicapées en son sein. Je vais vous donner un exemple que je vous laisserai méditer ensuite. Les enfants handicapés de l'IME allaient dans une ferme pédagogique depuis plusieurs années. Une année, le directeur de la ferme pédagogique a expliqué que cela poserait problème car des enfants d'une autre école allaient venir en même temps et que donc ça serait mieux s'il pouvait venir le soir. Comme l'IME ferme le soir, le problème était résolu et les enfants sont restés chez eux. Donc, tant qu'on n'aura pas passé ce stade d'accessibilité générale, les politiques ne changeront pas parce que les politiques s'adaptent en grande partie à la société.

→ **Public** : Il y a quelque chose qui m'indigne et que beaucoup de gens ne savent pas, c'est que les travailleurs immigrants qui ont passé toute leur vie en France, qui sont à la retraite, s'ils partent plus de 4 mois dans leur pays, perdent leur droit à la sécurité sociale et au soin. Cela veut dire que quelqu'un qu'on aurait exploité toute sa vie pour sa force de travail, tant qu'il était productif, il pouvait rester mais le jour où on a plus besoin de lui on le jette. Et ces gens-là ne doivent jamais dire qu'ils prennent leur retraite dans leur pays sinon c'est terminé, ils ne peuvent plus se soigner et ça je trouve que c'est un scandale inimaginable et on ne le sait même pas.

→ **Noura Payan** : Je veux juste dire que, ceux qui ont parlé ce matin, ont insisté sur ce que vous avez dit à la fin de votre intervention. Vous avez parlé de représentation, des attitudes à avoir. Je ne sais pas certaines formations être changé. Est-ce que ce n'est pas plutôt une réflexion personnelle que nous devons avoir en rapport avec ce qu'on fait dans notre quotidien professionnel. Je trouve qu'on a tous des représentations comme vous l'avez parlé du handicap. Pour les sans abris, c'est pareil.

→ **Philippe Langevin** : Nous allons donc conclure cette table ronde, j'espère qu'elle vous a intéressé. Vous avez bien vu que finalement, il n'y avait pas un discours très positif. Je vais laisser la parole à chaque intervenant pour conclure en quelques minutes.

→ **Pierre Michelletti** : On a eu un panel qui a illustré les différentes positions du secteur associatif sur certains issus des représentants, des usagers ou des personnes concernées par les problématiques, d'autres qui sont plus dans le champ de l'influence politique (professionnels de santé) et puis d'autres comme les associations de handicaps présents, la FAAPH qui sont gestionnaires de l'établissement. On retrouve donc cette problématique et la nécessité d'alliance entre ses différents segments du secteur associatif pour infléchir les politiques publiques.

→ **Pierre Lagier** : Juste trois points. Le premier, c'est la formation. C'est absolument indispensable. Le deuxième mot, c'est changer le regard de la société et c'est aussi quelque-chose d'indispensable. Et le troisième point, c'est que si nous voulons peser sur les politiques publiques, il faut aussi que les associations s'unissent. Il faut absolument qu'on parle d'une même voix ; chaque fois qu'on va les pouvoirs publics avec des avis partagés les choses se passent mal. Il faut absolument que nos unions au niveau régional, national fassent des consensus pour parler de la même voix.

→ **Agnès Gianotti** : On continue à parler dans le même sens et à s'appuyer les uns les autres. Par exemple, dans les dernières négociations sur les histoires conventionnelles. On n'a finalement pas beaucoup entendu parler des usagers alors qu'ils avaient leurs mots à dire. Il y a eu 6 objectifs. Je pense qu'il faut qu'on aille ensemble voir les différentes batailles parce que je suis d'accord avec l'introduction : il s'agit de bataille pour infléchir les politiques.

→ **Philippe Valls** : Je voudrais ajouter un type d'association à la typologie de Pierre Micheletti, ce sont les associations Bartleby, celle qui aujourd'hui disent « I would prefer not to » à certaines choses qui leur sont commandées. Je crois qu'effectivement, il est important de poser des points de résistance à des éléments qui ne sont plus acceptables et qui malheureusement réussissent à passer. Je suis bien conscient par la tonalité de mon intervention, d'avoir été extrêmement négatif et je voudrais dire que c'est toute la difficulté du travail de cette rencontre. Il y a aussi une chose qui passe à l'as, ce sont les pratiques au quotidien et les récits d'expériences et je pense qu'il faudrait insister beaucoup plus là-dessus.

→ **Philippe Langevin** : Merci mesdames et messieurs pour cette table ronde intéressante, captivante, qui a montré que ce n'était pas gagné. En tout cas, chacun a pu s'exprimer dans des conditions sympathiques donc Mr METRAUX, vous êtes grand témoin, vous allez donc tirer en quelque sorte les conclusions de cette table ronde.



TABLE RONDE 3

Grand témoin

➔ **Jean-Claude Métraux**
Pédopsychiatre, docteur en médecine

Le rôle que tu m'as donné là n'est pas évident parce qu'il faut rester attentif tout l'après-midi ; en plus, je suis très embêté car c'est la première table où je connais deux personnes : Philippe Valls et Pierre Micheletti, alors j'ai peur d'être trop impertinent et puis plus je suis fatigué, plus je suis impertinent. Il faut d'abord saluer le fait qu'effectivement, il faut prendre en compte la dimension culturelle. Ce qu'on peut dire sur l'inflexion des politiques dépend du lieu dont on parle mais ce n'est pas seulement la différence entre la France et la Birmanie, j'ai envie de dire c'est aussi entre la France et la Suisse. Même entre ces deux pays, il y a des différences et j'ai été très étonné mais très heureux de voir qu'à quelques reprises depuis maintenant deux ans les mots comme interculturel et communautaire qui étaient absolument bannis du champ sémantique, politiquement non correct en France et bien on ose les utiliser. Il y a des choses positives. En Suisse, cela prend un peu plus longtemps.

Vous avez beaucoup parlé de formations. C'est super, mais pour moi, il y a danger parce que dans nos pays plus on se forme, plus on a des diplômes ; plus on a des diplômes, plus on se sent meilleur ; plus on se sent meilleur, plus on risque de s'éloigner des personnes dans la précarité avec

laquelle on parle. Moi par exemple, je participe à l'équivalent en France d'un DESU que l'on fait à Lausanne sur le travail avec les populations migrantes dans les domaines du social de la santé et l'éducation. Eh bien, une assistante sociale qui avait sa formation et quelques années de pratique intéressée par les questions de précarité, qui suit 20 journées de formation en DESU et bien arrivé au bout de la 19^{ème}, nous avons fait un jeu de rôle. Je l'ai mise dans la position d'une assistante sociale accueillant un migrant qui demande le RMI ou quelque chose comme ça. À la fin du jeu de rôle, j'ai demandé l'avis des observateurs. Il y en a un qui a dit : mais c'est bizarre, vous n'avez pas salué le monsieur qui est venu vous voir. Ladite assistante sociale répond : « Je ne salue qu'au deuxième entretien. » Il y a danger. La formation oui, mais à condition que ça nous prépare à intervenir avec les publics avec lesquels on travaille. J'ai eu la chance de participer à quelques expériences qui ont impliqué une forme d'amélioration de l'accès aux soins et à cet objectif de santé pour tous. Je ne vais pas tous les mentionner mais le principal, c'est quand



même tout ce qui a été fait en Suisse à travers l'association « Appartenance » mais aussi au niveau de la confédération et qui a permis la création d'un certificat d'interprète communautaire et même aujourd'hui d'un brevet d'interprète communautaire qui est une formation reconnue, qui n'existe pas en France et qui je pense est extrêmement favorable pour permettre l'accès à des personnes qui ne parlent pas le français ou l'allemand ou l'italien au service de soins. Ce qui est intéressant à mon avis, c'est que ça n'a pas été créé dans la confrontation et que ça été plutôt créé par une sensibilisation de proche en proche. Je crois que dans le cadre de cette association « Appartenance », on a décrit ce que j'avais appelé une communauté conditionnelle qui tente à la fois de créer des appartenances communes avec les acteurs de l'état et avec des acteurs dans la précarité pour permettre à ceci de dialoguer. Eh bien, j'ai l'impression que notre rôle est peut-être là. Comment faciliter un dialogue entre les publics concernés et ceux qui décident ? Alors vous allez dire, c'est en Suisse, il ne veut pas la confrontation, ils n'ont pas eu mai 68 etc. Eh bien, c'est là le problème que l'on a avec la confrontation ; c'est le risque de cliver le monde entre nous et les autres, les associatifs et les politiques et entre particuliers car à ce que je sache les acteurs associatifs sont quand même souvent des citoyens qui votent, qui sont aussi parfois des élus. Alors moi, j'ai eu l'occasion et je continue de collaborer à des projets de la mission des conduites à risque dans le département de Seine-Saint-Denis et je trouve qu'il y a aussi des acteurs dans le public qui font des choses assez extraordinaires. Par exemple, au niveau du conseil général (ne les mettons

pas tous dans le même panier !). Je ne vais pas être politiquement correct en disant : mais qu'elle est la responsabilité des ONG. On a dit balayer devant nos propres portes. Pierre Micheletti a parlé des modèles de légitimité représentative, gestionnaires, « expertal ». Qu'est-ce qu'ils font ces modèles ? Ils dégagent une minorité qui parle au nom des autres parce que se sont de bons représentants, les gestionnaires, le pouvoir gestionnaire et le pouvoir « expertal », le pouvoir d'un expropriant qui serait supérieur à d'autres. Le risque effectivement qu'on fasse ou qu'on puisse créer dans les ONG, dans les associations, des hiérarchies figées où on bénéficie effectivement du marché de la précarité. On a peur que finalement, la configuration sociale du paysage des problèmes de santé change parce qu'il faudrait changer notre structure. On a peut-être peur aussi d'inclure le travail avec des acteurs qui sont dans la périphérie de la santé mais qui sont au sens propre dans la santé eux-mêmes. On peut parler des enseignants, on peut parler des médecines traditionnelles, on peut parler de ces acteurs de la santé, que j'avais appelé des promoteurs de santé ou des accompagnateurs au niveau de la santé et puis on est aussi dans ce lien un peu ambigu avec les pouvoirs publics qui nous financent, on entre dans le jeu par rapport à des temporalités courtes.

On doit pouvoir réussir des projets dans des temps courts qui sont évalués avec des critères dits scientifiques aujourd'hui alors que bien souvent en France, ce n'est pas le cas. Mais quand on parle de cette problématique de santé pour tous, on est dans quelque chose qui est dans le long terme, ce n'est pas demain que cela va se résoudre, ce n'est pas dans 10 ans, ce n'est

pas dans 50 ans mais ça ne veut pas dire qu'on ne peut pas avancer. Mais comment marcher et accepter des formes d'évaluations qui empêchent une réflexion vers le temps long ? Donc j'aurais envie de dire, effectivement que s'il faut transformer quelque chose directement, et qui soit à portée de main, c'est nous-mêmes ! Comment est-ce qu'on peut dans notre propre association, dans notre propre ONG, trouver des modèles politiques d'interaction et de hiérarchie qui favorisent la transformation, le changement et à long terme l'accès à la santé pour tous ?



Conclusion à trois voix

→ Jean-Claude Métraux

Je remercie vraiment les organisateurs de m'avoir invité ici, je suis vraiment intéressé par ce qui se passe en France. En plus, je suis indirectement attaché à cette région de Marseille parce que le livre dont on a parlé et qui était en vente « *la migration comme métaphore* », a été en grande partie écrit sur les îles du Frioul, là en face, où j'ai d'ailleurs eu le privilège de rencontrer beaucoup de personnes dans la précarité. En hiver au Frioul, parmi les 120 habitants qu'il y reste, il y a des personnes qui ont passé plusieurs années en prison, il y a des anciens pieds Noirs d'Algérie, il y a des anciens sans-abri qui trouvent dans les bateaux du port, un endroit où dormir.

C'est un endroit très intéressant pour rencontrer des personnes dans la précarité qui vivent finalement dans un endroit assez désertique mais fort agréable, spécialement en hiver, le soir, dans un bistrot encore ouvert et c'est l'occasion de se couper du monde, de pouvoir avoir un dialogue, de pouvoir avoir un lieu de rencontre dans lequel on n'est pas étiqueté comme soignant, comme médecin, etc.

Il est évidemment incontestable qu'au niveau du droit à la santé, quel que soit la manière dont on le définit, il est absolument inégal pour les uns et les autres. C'est vrai que je trouve que la définition que je vous avais donné au début « être et se sentir acteur et auteur individuel et collectif de son devenir » a l'avantage de voir qu'on est bien souvent avec des personnes qui ont très peu de difficultés à se faire reconnaître ce droit

d'être acteur et auteur et en plus dans un pays, dans une région du monde fort individualiste, de penser aussi à la dimension collective, à la dimension communautaire qui nous ouvre les frontières.

Les droits... tous les droits qui sont conquis, tous les droits ont été gagnés. On a parlé tout à l'heure de confrontation mais les droits se conquièrent aussi par ce qu'ils se pensent, parce qu'ils se réfléchissent. Et puis, je pense que le travail que l'on a à faire est un travail de créateur, j'aurais presque envie de dire un travail d'artiste pour pouvoir faire en sorte que s'améliorent ces possibilités du droit à la santé. Et dans cette invention, dans cette création, moi je pense quand même que deux pistes seraient assez essentielles dans l'apprentissage de la réciprocité avec les personnes avec lesquelles on travaille et je crois que vous avez tous une expérience avec les populations dans la précarité.

Finalement, cela met en cause nos modèles de soins que l'on a appris dans nos instituts de formation où la hiérarchie entre soignant et soigné, quand elle se transforme, en prend un grand coup. Où on se rend compte aussi que les paroles que l'on délivre ne sont pas du même ordre parce qu'évidemment si, à une personne dans la grande précarité et migrant qui plus est, on dit d'abord des mots scientifiques pour expliquer ce qu'il a, il ne va absolument rien comprendre et puis, en plus, il verra tout notre langage comme un marqueur de la distance avec lui. Donc si on peut favoriser cette relation de réciprocité qui, à mon avis, créé le lien

on conçoit la création de cette réciprocité et ce lien permet d'améliorer le droit d'accès, le droit aux soins, le droit à la santé. Si on veut le faire, il faut qu'on puisse s'autoriser, face à l'autre, à aussi parler de nous, parler du fait qu'on a aussi été dans des situations d'impuissance, parler du fait qu'on a pu vivre soi-même parfois des situations d'exclusion, des situations de ne pas avoir été compris par un soignant. Dans ce partage d'expérience similaire, on va peut-être gagner quelque chose, non seulement pour la santé de l'autre mais aussi dans la transformation de la société dans laquelle nous vivons. Et cela va avec le deuxième point. Pour moi, le fait de penser et de réfléchir à des approches communautaires plus participatives où les personnes sont les

usagers, les patients mais je n'aime pas tellement ces mots parce que c'est encore une fois les mettre rien que par le mot dans une position inférieure. On doit considérer les personnes avec lesquelles on travaille comme de véritable co-créateur et avoir une autre façon d'envisager la santé, pour que l'on puisse peut-être la fois prochaine, lors des journées de Santé Sud, avoir la moitié des intervenants qui ne sont pas des intervenants associatifs ou du politique mais des personnes qui bénéficient des projets dans lesquels vous êtes, qui sont déjà des co-créateurs. Ce serait un sacré changement politique qui permettrait à mon avis d'avancer vers l'objectif que les auteurs de cette journée avaient mis en exergue dans le titre.

→ Rony Brauman

Jean-Claude Métraux est le premier à me fournir un peu de matière pour me réorienter vers la discussion qui s'est développée aujourd'hui et notamment ce flou qui entoure la définition de la santé. Il me semble qu'actuellement, j'opterai plutôt pour un droit à la maladie et que c'est, à mon avis, plus concret et plus stable qu'on devrait pouvoir avancer. De toute façon cela ne peut pas être un droit gratuit puisque par définition, il implique un certain nombre de services et de biens qui doivent être mobilisés mais la réalisation des organes de justice dans ce domaine est particulièrement importante car source d'anxiété, source de peur pour l'ensemble de l'humanité. Les obstacles financiers peuvent s'interposer à l'objectif d'accéder aux soins qu'on veut réaliser. Mais il me semble que ce n'est pas en inversant la logique mais c'est en la réorientant vers ce droit effectif à la maladie qu'on peut progresser sur le plan politique, sur le plan de l'organisation de la médecine.

Par ailleurs, les enjeux du droit à la santé sont aussi, d'une certaine manière, ceux d'un hygiénisme rampant. Ce n'est pas simplement un problème de santé mais un problème de morale et là, je vois s'avancer cet hygiénisme qui est pour moi quelque chose d'aussi angoissant que la maladie qu'il prétend combattre car c'est le contrôle des comportements, c'est l'introduction de la mesure absolue en toute chose c'est l'homogénéisation, la normalisation générale et c'est clair qu'on ne peut pas définir le domaine de la santé comme une liberté mais comme une capacité normative.

Voilà pourquoi il me semble que dans les interventions, un certain nombre gagnerait à être envisagé sous cet angle-là. Le modèle de soin doit être travaillé. L'action humanitaire internationale, puisqu'on est dans une journée de santé humanitaire, a introduit l'interposition d'un échelon intermédiaire entre l'infirmier et le médecin. Donc, pour l'instant, à part dans le domaine

obstétrical avec les sages-femmes, il n'y a pas d'échelon intermédiaire. Il est évident, aussi bien au Bénin qu'en France, que pour lier ces deux situations, on a besoin d'échelons intermédiaires. Pour reprendre sur le Bénin et réagir à la dernière intervention que j'ai entendue cet après-midi, je ne crois pas que cet échelon intermédiaire ce soit vers le bas qu'il faille le chercher mais dans la moyenne.

Et pour le dire de façon un peu polémique, pour répondre à l'appel de demande, au dissensus qui nous a été lancé, je ne pense pas, comme ça a été dit, que 128 ou 150 agents de santé communautaire en plus ce soit un progrès. Je ne suis pas loin de penser que cela peut être au contraire une régression par divers aspects. En revanche, l'idée que des bons médecins, enfin que des bons médecins diplômés puissent avoir des fonctions très spécifiques, des responsabilités cliniques importantes me semble tout à fait essentiel et c'est sans doute ce qui lie nos actions ici et là-bas.

→ Paul Bénos

A moi le redoutable honneur de parler après nos deux brillants orateurs. Dans la conception, c'est un petit peu comme si à l'opéra, on faisait chanter Sheila après Pavarotti et Plácido Domingo mais bon je vais assumer ça et pour vous proposer un petit billet d'humeur en conclusion sur un certain nombre de mots-clés qui ont été évoqués et qui m'ont frappé à la fois comme praticien de terrain et comme membre de notre association Santé Sud.

Alors, on a commencé ce matin avec le tonnerre Rony Brauman, qui tout d'un coup met dans nos têtes une nouvelle définition de la santé, nous qui étions accrochés à celle de l'OMS, cela paraît très important. Personnellement, j'adhère tout à fait ce qui a été fait, mais

Je terminerai en disant qu'une frustration, enfin, une critique que je pourrais vous adresser à tous collectivement en cette journée, ce serait d'avoir trop indistinctement mêlé des questions de santé et d'accès aux soins dans les pays industriels dits « riches » et dans les pays non suffisamment développés dits « pauvres ». Car il y a certes des points communs et il n'y a pas de singularité absolue qui sépare les uns et les autres mais il y a beaucoup de différences qui, je pense, ont contribué à masquer certaines mesures politiques, organisationnelles ou de formation, qui seraient spécifiquement nécessaires dans un domaine et qui ne le seraient pas dans un autre.

Je crois que, quand on se rassemble pour réfléchir ensemble, il faut penser à la fois ce qui uni et ce qui distingue, établir des catégories qui sont toujours à revoir, qui sont toujours malléables mais sans lesquelles on n'arrive pas à penser concrètement des problèmes.

cela nous fait revoir aussi un certain nombre d'objectifs parce que si des gens ne s'entendent pas sur cette définition de la santé, on voit que nos actions et nos projets pourraient partir dans tous les sens. Donc, un problème déjà de sémantique.

Deuxième point qui m'a marqué, il vient de le révoquer dans la conclusion, c'est le problème de la qualité des soins. Il nous est apparu aussi comme essentiel à Santé Sud. Vous avez dans le type de travail que l'on a fait, et je crois que le projet « Médecins de campagne » est exemplaire, c'était de déplacer par un niveau de compétence supérieur les agents de santé pour mettre à leur place des gens donc des collègues, des confrères médecins formés. Et incontestablement, je

crois qu'on est aussi en partage dans l'analyse, Rony, de ce problème de qualité des soins et je crois qu'on le prouve sur le terrain.

Le troisième élément est, je reprends ce que tu as dit, c'est un tout petit regret effectivement. J'avais annoncé dans mon introduction que lorsqu'on a été dans la conception de cette journée, on pensait beaucoup aux pays du Sud et puis en fait, on s'aperçoit que finalement le Nord connaît aussi cette problématique et beaucoup de développement qui ont été très intéressants, par ailleurs, ont concerné les pays du Nord.

Alors, même s'il y a effectivement, pardon de redire ce qu'a dit Rony, un certain nombre de similitudes. On est dans des domaines un tout petit peu différents et peut-être aurions-nous pu un petit peu mieux équilibrer ce partage. Alors, il y a un mot-clé aussi qui m'a beaucoup accroché, vous l'avez entendu tout au long finalement des tables rondes, c'est le problème de la formation. Alors évidemment, nous à Santé Sud, cela nous va droit au cœur car il s'agit de la base même de nos actions et on est tout à fait persuadés de son importance. Mais quand on a parlé aussi des pays du Nord, je voudrais quand même traduire. Je termine pour ma part une carrière hospitalière où il y a 25 ou 30 ans, j'animais une consultation spéciale migrante et une consultation spéciale VIH avec toute la résonance qu'avait la maladie à ce moment-là. Et, je quitte aujourd'hui mes fonctions avec ces problématiques qui se sont diluées par cette formation au contact.

Et vous voyez, comme praticien, j'ai l'impression quand même, qu'au bout de 25 ans, les choses ont changé. Je ne crois pas que c'est par deux heures de cours sur la Sécu qui sont cloisonnantes effectivement qu'on changera ça. Et cette notion de prise en charge globale ou de

médico-social est importante. Je le partageais avec une consœur qui intervenait ce matin également. Il faut aussi faire attention, dans ces formations, de « l'hyperculturalité » et finalement derrière le problème culturel voire psychosocial, on oublie aussi le médical. On s'aperçoit qu'au-delà aussi de ces problèmes psycho-sociaux, il y a aussi des problèmes médicaux importants mais qui sont un peu noyés par l'invasion de l'environnement des patients. Donc cela est un signe d'alerte.

Et puis, le dernier mot que je dirais est que, si vous voulez, dans cette approche un peu de l'accès aux soins pour tous, c'est ce qui vous a réuni aujourd'hui, je crois que nous avons en commun ce qui fait notre force mais qui fait aussi la faiblesse des systèmes, une certaine altérité. J'ai vu les personnalités qui se sont succédé aujourd'hui. Pour la plupart, je connais leur engagement personnel, leur militantisme, leur dévouement et un certain nombre d'actions reposent justement sur ça.

Et on a vu beaucoup de systèmes se mettre en place et disparaître avec leurs animateurs, ce qui est signe de leur fragilité. Je crois qu'il y a, à la fois, je ne reviens pas là-dessus toute l'action politique et militante. On a vu que la place de la société civile est très importante, on a l'exemple, même si ce n'est pas l'accès aux soins, le planning familial, je crois, qui a fait voter il y a maintenant 30 ans, la loi sur l'IVG. On a vu des exemples concrets, nous-mêmes dans nos programmes. Nous essayons de faire jouer cette société civile à travers son appel aux femmes voilées qu'on entend en Mauritanie, ce qu'on propose de faire dans un certain nombre de missions. Ce point est important, mais chez nous, au Nord, je crois que c'est notre engagement personnel qui souvent fait bouger les choses. On va vers l'autre et cette altérité nous apporte la force mais

aussi la faiblesse de nos modes d'actions. Voilà, en tout cas, je vous remercie infiniment. Ce n'est pas tout à fait fini parce que le programme prévoit que je vous soumette une motion. Cette motion a été établie avant notre réunion d'aujourd'hui mais je crois, dans les mots, vous allez retrouver, je pense, un certain nombre de recommandations.

On voulait sur la méthodologie laisser une marque de cette journée. Et avant les débats que nous avons eus, au niveau du comité scientifique, on a établi un texte qui est une motion. Cette motion, nous en assumerons la responsabilité et la signature, bien entendu. Elle peut vous paraître incomplète parce qu'on l'a

commencé il y a un mois, elle a changé tous les jours, on a pesé les mots. Je vous soumetts le texte que Santé Sud a établi pour essayer de laisser trace de cette journée et éventuellement, que cette motion soit une médiation entre la journée et un certain nombre d'interlocuteurs. La motion s'appelle : « accès aux soins pour tous, état d'urgence »





Accès aux soins pour tous : état d'urgence

Alors que le droit international a clairement défini un droit d'accès aux soins égal pour tous, ratifié par la majorité des Etats, force est de constater aujourd'hui l'écart entre un objectif universellement partagé et la réalité du terrain.

A s'en tenir aux indicateurs conventionnels de l'état de santé des populations dans le monde (espérance de vie, mortalité infantile, mortalité maternelle), nous notons une amélioration incontestable de ces paramètres ; mais celle-ci est très inégalement répartie et s'opère à un rythme trop lent comme en témoigne l'évaluation intermédiaire des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en matière de santé, et tout particulièrement dans les pays économiquement les plus démunis, lieux d'action prioritaires des associations de solidarité internationale.

Pauvreté endémique, catastrophes naturelles, conflits meurtriers et instabilité politique, manque ou mauvaise utilisation des ressources humaines ont ancré la pénurie d'offre de soins de qualité dans la chronicité, situation qui s'aggrave en ces temps de crise avec l'apparition de nouvelles populations très vulnérables, y compris dans les pays riches.

Si nous avons conscience que « la santé pour tous » est une utopie, Santé Sud rappelle ici avec force :

-  que le « droit à l'accès aux soins pour tous », un des acquis les plus précieux des sociétés modernes, reste une exigence constitutive des droits de l'Homme et de ce fait une responsabilité de tous les États à agir en l'inscrivant clairement au rang de leurs priorités
-  que la société civile doit être consultée, écoutée et impliquée dans les actions concourant à l'accès aux soins
-  que ce droit implique pour l'aide internationale d'accroître son devoir de solidarité
-  que ce droit suppose un effort spécifique et soutenu de formation, d'emploi et de responsabilisation de ressources humaines compétentes dans les métiers de la santé.

Voilà le texte qu'on a élaboré, est-ce qu'il peut susciter une discussion ? Il peut susciter des remarques ? Des insuffisances ?

→ **Public** : Vous dites que le droit ou la santé pour tous est une utopie. Je trouve la formule peut-être excessive ou pas assez ambitieuse.

→ **Paul Bénos** : Comme le disait Rony, le droit à la maladie, on est un peu en miroir de cette remarque-là. La maladie n'est pas une tare. Une fois encore on revient, je crois, à la définition fondamentale qui a été évoquée ce matin et qui m'a interpellé aussi mais c'est une remarque à laquelle j'agrée, c'était le discours d'ouverture de Rony. Mais bon, je prends acte. Enfin, nous prenons acte, c'est une responsabilité associative collective.

→ **Public** : Personnellement, je préférerais plutôt « visée » que le mot « utopie ». Paul Ricoeur a beaucoup travaillé sur la visée à court terme, à moyen et long terme : et il a montré que rien ne se faisait sur le court terme et que les choses durables se faisaient sur le moyen-long terme. Le mot « visée » me semble mieux. Et nous conviendrons, il faut des utopies ! Il faut du rêve !

→ **Paul Bénos** : Oui bien sûr ! Je revendiquais un certain romantisme humanitaire aussi.

→ **Public** : C'est simplement pour dire que, par rapport au vote, je me sens mal à l'aise car je ne veux ni lever la main, ni ne pas la lever.

→ **Paul Bénos** : On se limitera donc, je suis tout à fait d'accord... On prend acte aux partages et aux remarques éventuelles.

→ **Public** : Moi, ce qui me gêne un peu, c'est encore une lecture rapide, c'est l'interpellation des Etats. Pour moi, je trouve que c'est un vide total de sens. C'est leur responsabilité. Monsieur Métraux disait tout à l'heure qu'on change les politiques en montrant aussi l'exemple. Je nous crois beaucoup plus fort que juste dire : « voilà, nous on a fait ça, ça marche ou ça marche pas » car là, on interpelle juste l'Etat. Qui est monsieur l'Etat ?

→ **Paul Bénos** : Il y a des responsabilités au niveau de l'Etat qui sont importants. Vous connaissez la part des budgets de la santé dans un certain nombre de pays, cela montre que la santé ou l'accès aux soins pour un certain nombre d'Etats n'est pas une priorité. C'est ce que voulait dire un peu cette phrase.

→ **Public** : Interpeller un ministre de la santé ?

→ **Paul Bénos** : Oui, par exemple.

→ **Public** : On reste dans le vague dans la santé et sur ce qu'on veut. On était sur le vague, c'est vrai, dans la définition mais aussi dans l'intitulé, je vous disais que vous étiez un

peu à côté de la plaque. Quand je suis venu ici, je suis resté sur une égalité sociale en santé. J'ai fait vingt ans d'humanitaire, je sais de quoi on parle, quand on parle des pays du Sud.

→ **Paul Bénos** : D'accord, merci.

→ **Dominique Deplats** : En tant que membre du comité de Santé Sud et ayant participé à cette motion, je ne veux pas qu'il y ait d'ambiguïté, c'est un texte que Santé Sud élabore pour lui-même. Et on ne demande pas du tout à ce que tout le monde l'approuve. Cette motion représente une réflexion que l'on a actuellement et qu'on a faite à l'occasion de cette journée et on demande un avis pour voir un peu quel est le ressenti du public. Mais on ne demande pas au public de voter ou de prendre position. En tout cas, que ce soit clair, il n'y a aucun engagement qui est sollicité. C'est simplement une conclusion et face à cette conclusion, d'avoir un peu des réactions qui resteront purement personnelles et qui ne seront pas une façon de juger la chose.

→ **Paul Bénos** : Oui Dominique, je n'hésite pas à aller à contre-courant. Je crois qu'il ne faut pas avoir honte d'avoir élaboré quand même un document pour qu'il reste une trace de cette journée. On ne le soumet pas au vote mais à l'approbation éventuellement et à la critique. Il n'y a pas du tout à être honteux de cette démarche et moi, personnellement, je l'approuve entièrement et je trouve que c'est tout à l'honneur de Santé Sud de l'avoir ici.

→ **Public** : Une suggestion car il est vrai qu'on est un peu à froid, est qu'on a ce texte pour le relire. On a laissé nos adresses mail, vous nous l'envoyez et là ça va donner ! Élargit aux 500 esprits d'aujourd'hui, ça fera un feu d'artifice.

→ **Henri Dubois** : Oui, moi je m'associe complètement à ce texte même avant de le relire. Après cette journée, j'aimerais le recevoir tel quel et j'apprécie la référence qui est faite, je sais plus exactement le terme, aux usagers. Enfin, je les appelle les citoyens, habitants et ces gens-là, parce que c'est très important. Et le fait qu'on parle aussi des États ne me gêne pas. Il y a un moment où il faut effectivement que les décisions soient prises. Ces décisions qui reposent sur des responsabilités sont effectivement celles de l'État. Et moi, je m'associe complètement à ce que vous avez rédigé, je retrouve la philosophie de l'action de Santé Sud et moi je m'y retrouve aussi dans la façon de concevoir l'exercice de mon métier, là où je suis.

→ **Paul Bénos** : D'autres remarques ?

→ **Public** : Moi j'ai simplement une suggestion méthodologique. J'adhère aussi tout à fait à ce texte mais, en fait, ça m'aurait peut-être facilité les choses de le lire en introduction, qu'il défile sur l'écran, qu'on le lise toute la journée en fonction de ce qu'on a entendu et puis qu'on le retrouve en conclusion pour voir si la journée a bien apporté sa contribution à la réflexion théorique qu'apporte ce texte, de manière à ne pas le découvrir en toute fin. Effectivement, sur le contenu...

→ **Public** : Je pense que c'est la méthode à choisir.

➔ **Public :** Quand on voit le temps qu'on a mis pour rédiger ce texte et combien on a pinaillé sur certains mots, cela a été très compliqué. Alors, je crois que la méthode a été très difficile à finaliser. Je veux que personne ne se sente piégé. Ceux qui approuvent, qu'ils le disent franchement mais que personne n'ait l'impression d'avoir été piégé en le disant.

➔ **Public :** Oui, moi je suis très heureux de voir ce texte parce que depuis 35 ans que Santé Sud existe, je crois que c'est la première fois qu'on fait une motion. Je ne suis pas sûr que ça change quelque chose mais en tout cas, je trouve que c'est un grand temps, un grand changement pour Santé Sud. Mais ceci dit, ce texte est très bien.

➔ **Public :** Il me semble que le mot innovation aurait peut-être été intéressant, c'est-à-dire qu'on parle des acquis et la santé dans le Sud ce n'est pas forcément la reproduction de tout ce qu'on a fait au Nord. Le Sud peut aussi nous apporter des solutions pour nos problèmes de santé au Nord. Il y a un exemple bien connu maintenant, c'est la méthode kangourou, qui est une méthode qui a été mise au point dans les pays du Sud et qui maintenant se développe au Nord. Je pense qu'il y a des forces de proposition qui viennent également du Sud, qui pourrait être reprises.

➔ **Philippe Langevin :** Je pense qu'on va clore le débat avec la salle et qu'on va demander à Paul en tant que président de Santé Sud de donner un discours de clôture final de la 7^e édition.

➔ **Paul Bénos :** La clôture va être de remercier tout le monde pour sa patience d'abord parce que vous êtes restés nombreux et effectivement, vous présenter cette motion, c'était pris un peu comme une réflexion de notre travail, beaucoup plus qu'un texte, c'était quand même un peu une signature d'action. Voilà, je remercie encore vraiment tous les participants. Donc, notre fil rouge qu'on applique ensuite, on attend la deuxième fois pour dire bonjour (référence à Jean-Claude Métraux). Voilà Rony, on connaît ton emploi du temps très chargé, merci beaucoup de nous avoir consacré un petit peu de temps. Et puis, on se dit donc à l'année prochaine ! Nous avons choisi de développer le thème « à la santé de la jeunesse ». Une thématique, là aussi qui sera sans doute instructive et enrichissante. Merci à tous et bonne fin de journée.

A propos des Actes

Ces actes sont le résultat d'une retranscription exhaustive des propos tenus lors de la 7^e Journée provençale de la santé humanitaire tenue le 23 novembre à Marseille, et organisée par l'association de solidarité internationale Santé Sud. Si ces textes ne sont pas conformes aux propos que vous y avez tenus ou entendus, n'hésitez pas à en faire part à Santé Sud : les corrections appropriées pourront ainsi être effectuées. Santé Sud ne saurait être tenue responsable des positions ou affirmations des invités de ce grand rendez-vous annuel du pluralisme et de la diversité.

Pour obtenir le dossier de la Journée, qui comprend le profil de carrière de chaque intervenant, ses coordonnées ainsi que celles de tous les exposants (plus de 75 structures de solidarité en tout), adressez-vous à Santé Sud.

Coordination, révision et mise en page

Marina BERHAULT et Marie LOGEAIS

Retranscription / rédaction

Anne-Laure GIBAUD
Catherine FOURNET-FAYARD
Claire LUSSAN
Clémence CASANOVA
Elena GONZALEZ POSADAS
Emeline MARCELIN
Emelyne GRANGE
Jacques MOUSSALI
Jade CHAUDEY
Jean DELPECH
Lucile BEALLE
Marisa FERREIRA
Steffie OGER
Suleka DIENER
Sylviane SENSI
Terry DUPONT

Crédits photos

Hervé VINCENT
Santé Sud



SANTÉ SUD



Membre du
GROUPE SOS
SANTÉ

Santé Sud

200 boulevard National bât N
13003 Marseille
04 91 95 63 45
contact @santesud.org
www.santesud.org