Humanitaire
Enjeux, pratiques, débats

30 | 2011
KRACH SANITAIRE : la crise, à quel prix ?

La médecine humanitaire : un rôle croissant dans le champ de la santé publique en France

Jean-François Corty

Édition électronique
URL : https://journals.openedition.org/humanitaire/1119
ISBN : 978-2-918362-48-7
ISSN : 2105-2522

Éditeur
Médecins du Monde

Édition imprimée
Date de publication : 12 décembre 2011
ISSN : 1624-4184

Référence électronique
Jean-François Corty, « La médecine humanitaire : un rôle croissant dans le champ de la santé publique en France », *Humanitaire* [En ligne], 30 | 2011, mis en ligne le 12 décembre 2011, consulté le 24 octobre 2022. URL : http://journals.openedition.org/humanitaire/1119

Ce document a été généré automatiquement le 24 octobre 2022.

Tous droits réservés

La médecine humanitaire : un rôle croissant dans le champ de la santé publique en France

Jean-François Corty

Parcours du combattant

1 Si l'accès aux soins est un droit reconnu à tous, il n'est pas effectif pour tout le monde. Même en France, où le plateau technique médical est l'un des plus perfectionnés au monde, bénéficier de soins curatifs et préventifs semble relever de plus en plus du parcours du combattant dès lors que l'on a des moyens financiers limités (IRDES, 2010). Les filets de protection sociale s'amenuisent au rythme des réformes restrictives de la Sécurité Sociale qui mettent à mal, au nom d'une idéologie néolibérale affirmée, le principe de solidarité qui fondait le projet issu du Conseil national de la Résistance.

2 Par ailleurs, au contexte de crise économique mondiale qui se traduit en France par une recrudescence du chômage, des emplois précaires, du surendettement, et qui accentue les inégalités sociales de santé, s'ajoutent des réponses publiques souvent plus sécuritaires1[1] que sociales, notamment envers les populations migrantes. Ces actions peuvent être interprétées par certains comme une étape supplémentaire dans la stigmatisation et le rejet des plus précaires.

3 De fait, la fréquence accrue des expulsions des lieux de vie sans proposition de relogement, la remise en question de dispositifs tels que l'aide médicale d'État (AME) et le droit au séjour pour les étrangers gravement malades (DASEM), ainsi que les difficultés rencontrées par les acteurs du soin pour exercer la médecine correctement, mettent en danger physique à court et moyen termes de nombreuses personnes. Cette volonté de nuisance assumée par les autorités explique l'impact délétère des politiques sécuritaires sur les enjeux de santé publique. L'incohérence de ces politiques publiques conduit donc à des paradoxes sanitaires, l'exemple le plus caricatural étant l'incitation au diagnostic précoce du VIH pour réduire la dynamique de l'épidémie, alors que les

dispositifs d'accès aux soins que sont l'AME et le DASEM sont simultanément rendus dysfonctionnels.

4 Dans ces conditions, les centres de Médecins du Monde (MdM) ne désemplissent pas. Les équipes mobiles multiplient leurs interventions auprès de publics qui ne se rendent pas dans les lieux de soins et dont les besoins vitaux les plus élémentaires – avoir un toit, un accès à l'eau potable et à la nourriture – ne sont pas satisfaits. Ces personnes accèdent de plus en plus difficilement au système de soins ou n'arrivent pas à faire valoir leurs droits à la couverture maladie sans une aide préalable alors que la loi de 1998 de lutte contre les exclusions est censée les protéger. En conséquence, près d'un quart des patients ont eu recours aux traitements de façon tardive, phénomène en nette hausse par rapport aux années précédentes. En ce sens, une enquête récente rappelle que près de 29 % de Français renoncent à des soins médicaux ou reportent ceux-ci en raison de difficultés économiques (Europ Assistance, 2011). Les enfants, dont la fréquentation dans ces centres reste importante cette année (près de 12 % des patients), n'ont toujours pas accès, pour bon nombre d'entre eux, à la vaccination ni même à une simple couverture maladie alors que des épidémies à potentiel létal, c'est-à-dire mortel (rougeole, tuberculose), font leur retour en métropole et en Europe (MdM, 2011).

5 Nous formulons donc dans cet article une réflexion autour des enjeux actuels de la médecine humanitaire dans le champ de la santé publique en France en confrontant, dans un premier temps, les données médicosociales issues des activités de MdM aux contextes économiques, politiques et épidémiologiques français. Dans un second temps, nous évoquons les moyens et stratégies mis en place par l'association pour répondre aux urgences sanitaires négligées et pour participer, non sans difficultés, à l'évolution des pratiques médicales ainsi qu'à la transformation du droit. De fait, mettre en évidence la capacité d'un État démocratique riche comme celui de la France à produire de la stigmatisation en instrumentalisant la médecine et en limitant l'accès aux soins des plus précaires, consiste à réaffirmer la légitimité des grands principes d'une médecine humanitaire en tension avec le politique et dont les organisations non gouvernementales sont les garants.

Pauvreté, radicalisation sécuritaire et données épidémiologiques : des logiques de survie en milieu hostile

6 La France comptait en 2009 près de 8,2 millions de pauvres soit 13,5 % de personnes vivant sous le seuil de pauvreté (moins de 954 euros mensuels) (Insee, 2011). Ce taux de pauvreté a connu une hausse d'environ 4 % entre 2008 et 2009. En 2010, 23,3 % des actifs au chômage avaient entre 15 et 24 ans. Dans son dernier rapport annuel, MdM relève que près de 98 % de ses patients vivent sous le seuil de pauvreté. Un tiers indique exercer une activité pour gagner sa vie et une forte proportion ne dispose d'aucune ressource officielle. Seulement 23 % d'entre eux bénéficient d'un logement stable, ce qui correspond à une baisse de 45 % en dix ans (MdM, 2011).

7 La situation des familles ayant des enfants mineurs est aussi préoccupante puisque seulement 21 % d'entre elles disposent d'un logement stable. Les autres sont dans un logement précaire ou hébergées par un organisme, tandis que 9 % sont sans logement.

De plus, ce sont 8 % des femmes enceintes et 9 % des mineurs suivis par l'association qui vivent à la rue. L'insuffisance du nombre de places en Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) est aussi une contrainte pour de nombreux demandeurs d'asile.

8 Le profil socio-économique des patients est donc marqué par la précarité et des conditions de vie qui se détériorent : isolement, absence ou instabilité du logement, insalubrité, surpeuplement, absence de ressources, situation administrative précaire. Par ailleurs, la dégradation significative de ces conditions de logement et d'hébergement d'urgence, accentuée en 2011 par la baisse des subventions, et par voie de conséquence, la baisse du nombre de places disponibles, a conduit de nombreuses familles et des personnes malades à dormir dans les services d'urgences hospitalières ou dans la rue. Le constat récurrent d'un déficit de logements pérennes, doublé d'un manque d'accompagnement médicosocial adapté pour répondre à la diversité des parcours de vie et des besoins des personnes à la rue, est plus que jamais d'actualité.

Accès aux droits et effectivité du droit : l'épreuve du réel

9 Dans ce contexte, 4 millions de personnes n'ont pas de complémentaire santé et 30 % d'entre elles ont dû renoncer à se faire soigner en raison de la persistance de nombreux obstacles pour accéder aux droits et aux soins (IRDES, 2010). La loi CMU a facilité l'accès aux soins de nombreux patients vulnérables, mais elle a rendu la tâche plus compliquée pour les étrangers en situation administrative précaire. Près de 76 % des patients de MdM relèvent théoriquement d'un dispositif de couverture maladie au regard de leur situation personnelle (92 % d'étrangers). Les autres ne peuvent en bénéficier, le plus souvent en raison du critère de résidence de trois mois en France. Leur seul recours dans le système de soins de droit commun reste les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ou le fonds hospitalier « soins urgents et vitaux ». Encore faut-il que ces dispositifs existent là où sont les étrangers et qu'ils soient connus et opérationnels, ce qui n'est pas souvent le cas (MdM Pass, 2010).

10 Dans les faits, 82 % des personnes qui ont droit à une couverture maladie n'en ont aucune. De plus, dans ce contexte de crise financière, des patients disposant de ressources « trop importantes » pour bénéficier de la CMU complémentaire, mais insuffisantes pour souscrire à une mutuelle, font leur retour dans les centres de l'association. Au total, et quelle que soit leur situation administrative, ce sont plus de 87 % des patients qui n'ont aucune couverture maladie lorsqu'ils sont reçus la première fois. Les obstacles majeurs sont les difficultés de domiciliation, la méconnaissance des droits et des structures, la barrière linguistique, les difficultés administratives, les difficultés financières, les refus de soins de certains professionnels de santé, et la limitation des déplacements par peur des arrestations. Ces obstacles ont pour conséquence une nette augmentation du retard de recours aux soins, de 11 % en 2007 à 24 % en 2010.

11 En 2010, MdM a pris en charge 28 000 patients et réalisé plus de 40 000 consultations, ce qui correspond à une augmentation de plus de 10 % en deux ans. Les données médicales sont préoccupantes car seulement un tiers des patients est à jour des couvertures vaccinales élémentaires (DTCP, ROR). Par ailleurs, la moitié des patients nécessitent un suivi médical d'au moins six mois en raison de pathologies chroniques telles que le

diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme et les troubles psychiques. De plus, les prévalences du VIH, des hépatites et de la tuberculose sont beaucoup plus élevées qu'en population générale. Autre signe de dégradation de l'accès aux soins, 50 % des femmes enceintes sont prises en charge tardivement. Enfin, parmi les mineurs, seulement 30 % sont suivis en PMI ou à jour des vaccins, et dans le département de Mayotte, 13 % des enfants pris en charge par l'association présentent un état de malnutrition aigue (MdM, 2011).

Politique migratoire et santé publique : le choix délibéré de nuire

12 Les étrangers doivent désormais faire face aux nouvelles stratégies violentes de la politique migratoire. De manière déterminée, celles-ci visent à les dissuader de rester sur le territoire français, quitte à mettre en danger leur vie, à stigmatiser davantage certaines communautés, à instrumentaliser la médecine, et ce au plus grand mépris des principes de santé publique et des droits humains fondamentaux.

13 En 2010, les expulsions massives de familles roms de leurs lieux de vie sans solution de relogement ont été rendues plus visibles après le discours de Grenoble. Elles se sont poursuivies, engendrant une exacerbation de la peur des populations qui a été alimentée par des intimidations répétées et des procédures irrégulières de renvoi vers les pays d'origine. Parallèlement, le harcèlement et les renvois de migrants se sont intensifiés, notamment à Mayotte et à Calais. Le climat instauré entraîne de fait des retards, des ruptures, voire une absence de recours à la prévention et aux soins et la relégation accrue des populations dans des lieux retirés où il est plus difficile pour les soignants de leur venir en aide.

14 Dans le même temps, l'Aide médicale d'État a été remise en question dans le cadre de la loi de finances pour 2011 afin de contraindre davantage l'accès aux soins de ces populations. L'augmentation récente des coûts de l'AME, mise à tort sur le compte d'abus des bénéficiaires par des parlementaires de la majorité et le Gouvernement, a servi de prétexte pour faire voter des modifications rendant ce dispositif quasi inopérant : droit d'entrée de 30 euros, entente préalable des Caisses Primaires Assurance Maladie pour les soins hospitaliers coûteux et réduction du panier de soins (ODSE, 2010). Or, les données récentes des Observatoires France et Europe de MdM ont permis de montrer que plus de 98 % des patients de nos projets (92 % d'étrangers) vivent sous le seuil de pauvreté, comme évoqué précédemment, et sont donc dans une logique de survie, loin des préoccupations de chirurgie esthétique et de fécondation in vitro tel qu'ont pu l'évoquer certains pourfendeurs du dispositif.

15 Alors que ces mêmes détracteurs s'insurgent devant l'hypothèse d'un afflux massif de migrants en vue d'une utilisation excessive du système de soins français, les données montrent que la nature de la migration tient pour la grande majorité des cas à des raisons économiques et sécuritaires, et pour une minorité à des raisons médicales (moins de 10 % des personnes savent qu'elles sont affectées de certaines pathologies chroniques comme le VIH ou les hépatites, au moment de leur entrée en Europe) (Médecins du Monde, 2009).

16 Le jour même de la publication de la loi, un rapport conjoint de l'Inspection Générale des Finances et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales venait étayer les

arguments de MdM et des collectifs associatifs qui se sont mobilisés contre ces décisions, et démontrait une nouvelle fois le caractère absurde de ces modifications à vocation exclusivement électoraliste (Cordier et al., nov. 2010).

17 De même, le droit au séjour des étrangers gravement malades résidant en France a été démantelé par la loi immigration, promulguée en juin 2011. Les étrangers malades pourront désormais être renvoyés dans leur pays d'origine, dès lors que le « traitement y est présent », sans forcément être effectivement accessible. Peu importe que le traitement ne soit pas disponible en quantité suffisante, qu'il soit hors de prix ou qu'aucun suivi médical ne soit possible. Cela signifiera la mort certaine à court et moyen termes pour de nombreux malades.

18 Enfin, dans ce contexte, les associations et les soignants sont mis en difficulté dans la réalisation de leurs missions sociales. Les forces de police n'hésitent pas à détruire le matériel de première nécessité (sacs de couchage, tentes, jerrican d'eau, etc.) délivré aux personnes par les associations pour les protéger des intempéries et du froid. Des campagnes de vaccination en période épidémique sont interrompues en raison de la poursuite des expulsions des lieux de vie et du territoire, alors même que les populations cibles présentent de faibles couvertures vaccinales, et que les préfectures ont connaissance de ces opérations.

Rougeole, tuberculose : le retour des épidémies de la pauvreté

19 Les épidémies à potentiel létal sont de retour, alors que les faibles couvertures vaccinales et les conditions de vie déplorables sont évocatrices des difficultés rencontrées par les plus précaires pour s'en protéger. Ainsi, depuis 2008, une épidémie de rougeole en population générale sévit en Europe : près de 20 000 cas ont été déclarés en France (INVS, 2011). Cette épidémie touche toutes les personnes qui n'ont pas été vaccinées, quel que soit le milieu social. Les populations en situation de précarité sont toutefois plus particulièrement exposées aux risques de complications pneumologiques et neurologiques graves du fait des mauvaises conditions de vie et d'accès aux soins. Pourtant, les recommandations du ministère de la Santé n'ont pas été à la hauteur des enjeux de santé publique puisqu'aucune campagne de vaccination de masse n'a été proposée, encore moins des actions mobiles en direction des publics précaires à distance des lieux de soins.

20 Dans le même temps, les chiffres de la tuberculose explosent chez ceux qui vivent dans des conditions d'insalubrité extrême. On parle de 8 cas/100 000 personnes en population générale, ce qui représente un chiffre stable. En revanche, on parle de 220 cas/100 000 personnes chez les SDF (INVS, 2010) et 1,3 % pour certaines cohortes spécifiques de MdM ayant bénéficié d'un dépistage (MdM, 2011). Dans certains départements, les programmes tuberculose de droit commun de prévention, de diagnostic et de prise en charge curative ont été interrompus du fait des expulsions répétées des lieux de vie et l'impossibilité d'assurer une continuité des soins sans générer de résistance aux traitements[2]. Par ailleurs, les épidémies de gale, d'hépatite A et des cas de shigellose (maladie infectieuse d'origine bactérienne caractérisée par une gastro-entérite aiguë) font aussi désormais partie du quotidien des soignants.

21 Ces épidémies nécessitent une attention particulière car elles se développent dans un contexte où la couverture vaccinale des patients apparaît globalement faible, même pour les antigènes les plus courants. De plus, une enquête spécifique sur la vaccination des populations roms menée auprès de 281 personnes par l'association montre que leur couverture vaccinale est encore plus faible avec seulement 8 % des personnes à jour du calendrier vaccinal, alors que la grande majorité souhaite bénéficier de ces soins (Enquête MdM, 2011).

22 Il faut aussi rappeler que le sida présente encore des prévalences importantes, notamment chez les migrants, comparativement aux chiffres en population générale. De plus, l'hépatite C relève de l'urgence sanitaire chez les usagers de drogue par voie intraveineuse puisque 60 % en sont infectés (INVS, 2008) et nécessitent une prise en charge innovante pour stopper le développement de cette épidémie.

Médecins du Monde, entre résistance et innovation : rôle d'une ONG médicale en France

23 En documentant les effets sur la santé de la précarité et de l'exclusion, MdM formule un état des lieux des besoins, fait le constat des limites, de l'inadaptation ou de l'absence de dispositifs de prise en charge, conteste l'application ou la non application de lois, leurs insuffisances, leurs effets collatéraux délétères sur l'accès aux soins (loi pour la Sécurité intérieure, lois sur l'immigration), participe à l'élaboration d'un dispositif législatif (loi de 1998 de lutte contre les exclusions) et met en exergue des urgences sanitaires qui génèrent le besoin impérieux d'innover. L'association va aussi alimenter des controverses en participant à la déconstruction de mythes ou de contre-vérités, par exemple les suspicions de fraude pour l'obtention de l'AME et du DASEM (Corty, 2011).

24 Dans certaines situations d'exception, les attitudes de résistance qui visent à faire appliquer le droit s'appuient sur des démarches de judiciarisation. En effet, MdM s'est lancé en 2009 dans un processus d'actions juridiques à Mayotte, en complément de ses projets de terrain, pour permettre l'accès aux soins des enfants de personnes sans papiers ou des mineurs isolés non pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, qui n'ont pas de sécurité sociale, l'AME n'existant pas sur ce territoire. L'association a donc sollicité directement la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM) en demandant l'affiliation directe de plusieurs enfants sans Sécurité sociale soignés par l'association. En cas de refus de la Caisse, elle a décidé d'aider les familles à engager des procédures contentieuses afin de faire valoir leurs droits aux soins et donc à la Sécurité sociale. Ainsi, a été saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale de Mamoudzou en mars 2010. Dans un jugement en date du 17 décembre 2010, celui-ci a jugé clairement que certaines dispositions de l'ordonnance modifiée du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte sont contraires à la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) du 26 janvier 1990 et qu'en conséquence un enfant mineur de parents sans Sécurité sociale, car sans papiers, doit être affilié directement à la Sécurité sociale de Mayotte. C'est une décision historique car, d'une part c'est la première fois qu'un mineur est affilié directement à une caisse de Sécurité sociale en France et d'autre part elle conclue à la violation de la CIDE par le droit français. Des recours amiables en attendant d'éventuels recours contentieux ont aussi été engagés en Guyane pour l'ouverture de droits dont les délais normaux ne sont pas respectés (plus de deux mois) à la Couverture Médicale Universelle ou à la CMU complémentaire.

Face aux urgences sanitaires : le besoin impérieux d'innover

25 Suite à un constat d'échec ou d'absence de prise en charge par le droit commun de problématiques médicosociales touchant des populations vulnérables, MdM, comme d'autres associations, est amené à initier des opérations innovantes, souvent en marge de la loi, estimant que l'urgence sanitaire et les impératifs moraux prévalent sur les cadres légaux. Ces actions ont l'ambition d'une réappropriation par le droit commun dès lors que l'intérêt est validé scientifiquement et de fait, la démarche est toujours la même. Il s'agit de partir d'un problème médical, d'en faire un enjeu de santé publique, puis une priorité dans l'agenda politique tout en développant de manière simultanée des actions innovantes (Fassin, 2008 ; Brauman, 2009).

26 Historiquement, MdM s'est distingué dans la lutte contre le saturnisme aux côtés de l'Association des familles victimes du saturnisme (AFVS), en contribuant à l'avènement du volet saturnisme de la loi de lutte contre les exclusions votée en 1998. Cette loi impose notamment le signalement et la notification des cas de saturnisme infantile aux autorités sanitaires, impliquant aussi des travaux dans les logements et les parties communes en cause. Depuis, le dispositif de lutte contre le saturnisme a été pour l'essentiel intégré au Code de santé publique en 2004 (Pinoteau et al., 2010).

27 En matière de réduction des risques chez les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI), MdM et d'autres associations ont eu dans les années 1980 en France un rôle déterminant dans l'évolution des dispositifs pour cette population très exposée au risque du sida. Le premier programme d'échange de seringues ouvre en 1989, suivi du premier programme de substitution en 1994 (méthadone puis buprénorphine). L'association étendra ses missions auprès des usagers de substances psycho-actives jusqu'à s'investir en 1997 dans la problématique des drogues de synthèse (Gal, 1998). L'implication s'est faite selon une approche fonctionnaliste, réaliste et pragmatique avec la volonté de répondre à l'urgence sanitaire négligée par le droit commun alors même que certains intervenants en toxicomanie réagissaient peu, malgré l'existence d'outils de réduction des risques (RDR) ayant fait leurs preuves. Ces dispositifs ont entraîné une baisse de l'incidence de la maladie chez cette population et ont contribué à la modification du cadre juridique en vigueur (Etchevers, 2010).

28 Sans être exhaustif, les impératifs actuels dans le champ de la précarité et de la médecine humanitaire sont d'au moins deux ordres : d'une part améliorer l'accès aux soins primaires et secondaires, d'autre part, répondre aux situations d'urgence, qu'elles relèvent de la problématique de l'hébergement, de l'accès à l'hygiène et à l'eau potable, voire de l'accès à la nourriture, ou de gestion de situations épidémiques avec des caractéristiques populationnelles spécifiques à chaque agent infectieux : sida et hépatite B chez les migrants, hépatite C chez les UDVI, rougeole, hépatite A et tuberculose chez les populations éloignées des soins primaires et vivant dans des conditions de grande précarité. De plus, avec près de 30 % de personnes à la rue affectées par des troubles psychiques et psychiatrique, la santé mentale des précaires relève aussi de l'urgence sanitaire (Samu social de Paris, 2010). Face à ces impératifs de santé publique négligés par le droit commun, MdM développe des projets et des actions avec des outils innovants.

Répondre aux épidémies, améliorer les conditions de vie et d'hygiène à risque sanitaire

29 Pour lutter contre l'épidémie d'hépatite C chez les UDVI, l'innovation passe par la prise en compte des réalités des consommateurs, leur contexte de vie, les consommations et usages. Dans ces conditions, un programme d'éducation à la santé pour limiter les risques liés à l'injection a démarré (transmission de l'hépatite C, du VIH, septicémies) avec une approche éducative individuelle théorique et pratique développée au cours d'un nombre déterminé de séances où l'usager utilise le produit qu'il consomme habituellement. Fruit d'un partenariat entre les associations Gaia Paris, Sida parole et MdM, l'objectif est de démontrer la pertinence du dispositif en matière de santé publique. Une évaluation commune avec les projets de l'association AIDES est en cours, en partenariat avec l'INSERM et avec le soutien financier de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS).

30 Concernant l'épidémie du sida, une autre action innovante en marge des dispositifs légaux a fait ses preuves : l'usage des tests de dépistage rapide (TDR) du VIH. Début 2010, ils ne sont pas encore autorisés en France alors que certains pays d'Europe les utilisent depuis plusieurs années, de même que MdM dans certaines missions à l'étranger. Dans ces conditions, de nombreuses associations dont MdM demandent la possibilité de pouvoir promouvoir à large échelle le dépistage du VIH, en s'appuyant notamment sur cet outil pratique, et ce dans le cadre des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). MdM intervient dans différents groupes de travail pour favoriser l'utilisation de ce test et pour appuyer ce plaidoyer. Fin 2009, elle décide de démarrer son utilisation en Guyane, département français en situation d'épidémie généralisée où le diagnostic de la maladie se fait souvent à un stade avancé. Finalement, un arrêté ministériel favorable est publié le 17 novembre 2010, plus d'un an après que la HAS ait recommandé que les tests d'orientation diagnostique puissent être utilisés en dehors de certaines situations d'urgence par des professionnels de santé et en dehors du cadre de la recherche.

31 Pour répondre à l'épidémie de rougeole, MdM a initié, en partenariat avec des PMI et certaines Agences Régionales de Santé, des campagnes de vaccination mobiles pour des populations particulièrement vulnérables vivant dans des conditions insalubres avec des taux de couverture vaccinale très bas et exposées à des expulsions des lieux de vie régulières sans proposition de relogement.

32 Concernant la tuberculose, un programme de prise en charge curative et préventive de la maladie en contexte d'expulsions répétées des lieux de vie et du territoire est à l'étude. Il s'agit entre autres de proposer du dépistage, des suivis individualisés de patients sous traitements antituberculeux, en imaginant l'utilisation possible d'un traitement unique, forme combinée de plusieurs antibiotiques dont l'arrêt risquerait moins de générer des résistances. Assurer une meilleure prise en charge en assurant une continuité des soins dans le pays de renvoi doit aussi s'envisager dans ces conditions.

33 Les épidémies de gale sont aussi récurrentes. En complément des traitements médicaux, les associations proposent une amélioration de l'accès à l'eau propre et à l'hygiène en construisant des latrines, des douches, des abris, et en distribuant du

matériel de première nécessité tels que des kits hygiènes, des sacs de couchage, des tentes ou des bâches plastiques.

Améliorer l'accès aux soins

34 Cet objectif peut s'envisager, nous l'avons vu précédemment, sous l'angle du plaidoyer en faveur de dispositifs légaux effectifs en direction de populations à la marge du système de soin (AME). Il passe aussi par la création de nouveaux métiers du médicosocial. Les médiateurs, personnes faisant l'interface entre le système de soin et les bénéficiaires, sont reconnus comme profession à part entière dans certains pays européens mais pas en France. MdM, avec trois autres associations, développe un programme qui s'appuie sur ces profils pour améliorer l'accès aux soins de Roms.

35 Autre approche innovante, l'implication de « travailleurs pairs » selon une logique de santé communautaire dans certaines opérations. Ainsi un programme de santé mentale pour personnes à la rue, porté par des associations dont MdM et les hôpitaux de Marseille, favorise une insertion dans des squats autogérés par des malades et des anciens de la rue intégrés à des équipes médico-psy. De même, la présence de prostitués dans les équipes développant des programmes de réduction des risques auprès de ce public doit favoriser les liens ainsi qu'une meilleure compréhension entre les acteurs et au final des résultats plus satisfaisants.

36 Des chantiers en matière d'innovation médico-sociale demandent certainement à être lancés sur les thématiques de la précarité en zone rurale, chez les personnes âgées à la marge et dans le milieu carcéral entre autres. Ils représentent certains enjeux opérationnels et politiques de la médecine humanitaire de demain en France.

Défendre le cadre interventionnel des ONG dans un régime démocratique

37 Ces dernières années, un climat de défiance s'est installé entre des acteurs humanitaires indépendants et l'État français. MdM témoigne, avec d'autres, des difficultés croissantes d'intervention dans cet environnement. En effet, les équipes de terrain ont de plus en plus de mal à toucher les populations les plus précaires du fait de la répression, et sont elles aussi remises en cause. Certaines actions font l'objet de poursuites judiciaires. Ce fut le cas en 2009 quand MdM a mis en place une structure provisoire d'hébergement à Saint-Denis, en région parisienne, pour abriter une centaine de Roms, dont des femmes enceintes et des malades qui avaient tout perdu après de multiples expulsions. La préfecture a assigné en justice l'association pour occupation illégale d'un terrain. MdM a remporté le procès.

38 De plus, l'aide est aujourd'hui criminalisée sur la base d'un véritable « délit de solidarité » issu des articles L 622-1 et L 622-4 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA). L'existence juridique de ce délit permet d'exercer une pression sur les bénévoles intervenants auprès des migrants. De fait, il s'agit de pouvoir punir des gestes de solidarité désintéressés.

39 Les contrôles de police à proximité des centres de soins font également partie de ces nouvelles formes d'entraves à l'action, car ils ont un impact direct sur la fréquentation des structures d'aide du fait de la peur qu'ils engendrent auprès des populations en

situation irrégulière. De même, comme évoqué précédemment, il n'est pas rare de constater la destruction par les forces de l'ordre de matériel de première nécessité distribué par les associations. Des campagnes de vaccination en période épidémique ont même dû s'interrompre en raison de la poursuite des expulsions des bénéficiaires, les rendant ainsi inaccessibles aux soins.

40 De fait, l'État se met en concurrence dans l'espace politique et opérationnel de l'aide selon une logique de redéfinition des principes humanitaires et de marginalisation des acteurs alternatifs, parmi lesquels les ONG. En occupant cet espace, il impose en fonction de son agenda politique une démarche d'assistance ou de répression qui sélectionne les « bonnes » et les « mauvaises » victimes, et assure d'une certaine manière le « tri » entre bons et mauvais acteurs de la solidarité en France. De fait, ces dynamiques de réappropriation de l'espace humanitaire contribuent à entraver les démarches d'acteurs légitimes et entretiennent une certaine confusion des genres (Corty, 2010).

41 Le contexte actuel de crise économique et de radicalisation politique en France rend plus criante la pression sur les bénéficiaires ainsi que sur les acteurs de l'aide. Les ONG médicales continuent de rendre visibles des problèmes graves qui concernent à la fois le champ de la santé publique et les droits humains les plus fondamentaux en mettant simultanément en œuvre des solutions concrètes selon une logique d'innovation et de résistance. Aujourd'hui, il s'agit de réaffirmer les grands principes généraux de la médecine humanitaire y compris en France que sont : une légitimité portée par des acteurs indépendants faisant le choix de dépendances maîtrisées, une logique propre, désintéressée, dans laquelle les bénéficiaires sont les seuls motifs d'intervention et de témoignage. Plus essentiel encore, le refus de toute délégation de la gestion de la misère par les autorités permet de dénoncer des politiques publiques de restriction des soins et de sur-précarisation des plus nécessiteux.

42 Brauman R., 2010, La médecine humanitaire, Puf, Paris, 2e édition.

43 Cordier A., Salas F., Rapport Inspection Générale des Finances/Inspection Générale des Affaires Sociales, Analyses de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'État,

44 la Documentation Française, novembre 2010, http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000685/

45 Corty JF. « Les nouvelles formes d'entraves à l'aide humanitaire en France » in Bernard O., Corty JF. et Tabuteau D. (dir.), Pratique et éthique médicales à l'épreuve des politiques sécuritaires,

46 Les presses de Sciences Po, 2010.

47 Corty, JF., Bernard O., « Médecins du Monde, entre résistance et innovation : le rôle d'une ONG médicale dans le champ de la santé publique et de la précarité en France » in Bréchat PH, Lebas J (dir.),

48 La santé pour tous : innover contre les inégalités de santé, Presses de l'EHESP, Rennes, 2011 (à paraître).

49 Etchevers A. et al., 2010, Imprégnation des enfants par le plomb en France en 2008-2009, Institut de veille sanitaire, BEHWeb n°2, 27 mai.

50 Europ Assistance, Baromètre CSA cercle santé, Les soins de santé en Europe et aux États-Unis, 30 septembre 2011.

51 Fassin D, 2008, Faire de la santé publique, Editions de l'EHESP,

52 Rennes, 2e édition. Gal Aurélie, sous la dir. de Philippe Ryfman, L'engagement d'une organisation de solidarité internationale auprès des usagers de drogues : les programmes de réduction des risques de Médecins du Monde, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, Département de Sciences politiques, DESS Coopération et Développement, année universitaire 1998-1999.

53 Institut national de la statistique et des études économique, Taux de pauvreté, mise à jour août 2011.

54 Institut national de veille sanitaire, Bilan épidémiologique hebdomadaire, Epidémiologie de la tuberculose en France, bilan des cas déclarés en 2008, juillet 2010.

55 Institut national de veille sanitaire-Département des maladies infectieuses, Epidémie de rougeole en France (Bilan de situation des cas survenus au 3 août 2011).

56 Institut national de veille sanitaire, coquelicot 2004-2007, Résultats d'une enquête sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risques chez les consommateurs de drogues, d'août 2008.

57 Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achat des médicaments ?, Question d'économie de la santé, n°158, octobre 2010.

58 Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Enquête sur la santé et la protection sociale 2008, rapport n°1800, juin 2010.

59 Médecins du Monde, 2009, Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, Rapport de l'enquête 2008.

60 Médecins du Monde, État des lieux des Permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où MdM est présent, Rapport d'enquête, août 2010.

61 Médecins du Monde, 2011, Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, Rapport 2010.

62 Médecins du Monde, Enquête sur la couverture vaccinale des populations roms rencontrées par MdM, rapport, juillet 2011.

63 Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers, Aide Médicale d'État, octobre 2010.

64 Pinoteau M, Khoma F. (2010), « Le saturnisme : une maladie de pauvres », Plein droit, 86, Santé des étrangers : l'autre double peine (www.gisti.org/spip?article2072).

65 Samu social de Paris, enquête SAMENTA, La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France, janvier 2010.pp. 48-55 (NDLR).

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

NOTES

1. Lire dans ce numéro l'article d'Olivier Bernard, « Santé publique et politique sécuritaire »
2. L'interruption d'un traitement antibiotique en cours peut en effet le rendre inefficient.

RÉSUMÉS

On a longtemps considéré que la médecine humanitaire n'avait de sens et d'utilité que dans les pays déstructurés par la pauvreté, les conflits ou les catastrophes naturelles. Affirmer de manière simpliste et... catastrophiste que la France serait devenue l'un de ces pays damnés représenterait une insulte pour ceux auxquels les ONG apportent une aide internationale. Pour autant, les questions de santé et d'accès aux soins révèlent bel et bien que les ONG humanitaires sont de plus en plus amenées à transposer ici les connaissances, la pratique et le discours qu'elles ont développés là-bas.

INDEX

Index géographique : France
Mots-clés : Accès aux soins, Aide Médicale Etat (AME), Couverture maladie universelle (CMU), Droit à la santé, Médecins du Monde (MdM), politique de santé, Protection sociale, Santé, Santé publique

AUTEUR

JEAN-FRANÇOIS CORTY

Jean-François Corty est médecin, diplômé en sciences politiques, directeur des Missions France de Médecins du Monde depuis 2009. Il a été médecin bénévole à l'antenne de MDM de Toulouse en 1998, puis a travaillé avec l'association Médecins Sans Frontières comme médecin terrain (Erythrée, Libéria, Afghanistan, Niger), chef de mission (Niger, Iran) et au siège comme responsable de programme. Il est chargé d'enseignement à l'Institut d'Etudes Politiques de Toulouse depuis 2009.