



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

37 | 2014

Accès aux soins et protection sociale : une autre Europe est-elle possible ?

Austérité *versus* protection sociale : comment garantir l'accès aux soins en Europe ?

Table ronde organisée le 30 janvier 2014 et animée par Maria Melchior

Maria Melchior, Valérie Paris, Mariantzela Apergi, Huguette Boissonnat, Marie-France Zimmer, Jean-Claude Barbier et Lucile Schmid



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/humanitaire/2891>

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 1 mars 2014

Pagination : 16-35

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Maria Melchior, Valérie Paris, Mariantzela Apergi, Huguette Boissonnat, Marie-France Zimmer, Jean-Claude Barbier et Lucile Schmid, « Austérité *versus* protection sociale : comment garantir l'accès aux soins en Europe ? », *Humanitaire* [En ligne], 37 | 2014, mis en ligne le 20 mars 2014, consulté le 24 octobre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2891>

Table ronde

Austérité versus protection sociale : comment garantir l'accès aux soins en Europe ?

Table ronde organisée le **30 janvier 2014**

Animée par **Maria Melchior**, épidémiologiste à l'Inserm et membre du CA de Médecins du Monde en charge des questions européennes.

Valérie Paris,

économiste, experte de l'analyse des systèmes et politiques de santé au sein de la Division santé de l'OCDE

Mariantzela Aperi,

responsable du bureau des volontaires à Médecins du Monde-Grèce

Huguette Boissonnat,

responsable du combat santé au sein du mouvement ATD Quart Monde

Marie-France Zimmer,

membre de la délégation nationale d'ATD Quart Monde en France et coauteur de *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté* (éditions Quart Monde et L'Atelier, 2013)

Jean-Claude Barbier,

sociologue, directeur de recherche émérite au CNRS

Lucile Schmid,

responsable du programme européen au sein du bureau national d'Europe Écologie Les Verts

Maria Melchior

Médecins du Monde agit en Europe depuis 1986, et actuellement dans 14 pays différents à travers 160 programmes qui visent à aider des personnes vulnérables à accéder à des soins et à leurs droits.

Depuis 2004, l'association développe un plaidoyer spécifique auprès de divers acteurs européens - le Parlement européen, la Commission européenne, l'Agence de surveillance sanitaire européenne ainsi que le Conseil de l'Europe - pour promouvoir l'accès aux soins de toutes les personnes résidant dans l'Union européenne, dans le cadre de systèmes de santé fondés sur la solidarité, l'égalité et l'équité. La revendication principale de l'association, qui fait bien sûr écho au plaidoyer d'autres associations ou d'autres acteurs politiques, est celle de la mise en place d'une couverture maladie universelle européenne, afin de permettre au plus grand nombre de personnes, y compris celles qui ont des difficultés soit financières, soit administratives, de bénéficier de programmes de prévention, de vaccination, de dépistage et de traitement si nécessaire. Par exemple, il faut savoir qu'actuellement un Européen vivant dans un pays dont il n'est pas citoyen n'a pas forcément accès au système de couverture maladie de ce pays. Il y a donc un vrai problème de coopération et de coordination des systèmes de santé au sein de l'Union européenne.

Certes, on perçoit un intérêt certain pour les témoignages portés par nos différentes associations et nous pouvons revendiquer des victoires symboliques comme les résolutions du Parlement européen en 2011 et en 2013 qui appellent à promouvoir la réduction des inégalités de santé en Europe, en particulier à protéger les populations vulnérables comme les femmes enceintes et les enfants.

Pour autant, le travail de plaidoyer sur l'élargissement de la couverture maladie est loin d'avoir abouti et, à la veille des échéances électorales européennes du printemps prochain, on peut sans doute avancer deux séries d'explications au fait que les politiques sociales en Europe ne sont pas suffisamment intégratives.

Premièrement, les prérogatives des institutions européennes dans le domaine de la santé, comme

dans d'autres domaines de la politique sociale, sont limitées. En effet, et suivant le principe de subsidiarité, les États membres confient à l'Union européenne la gestion des seules compétences nécessitant la coordination entre États, comme la surveillance des maladies infectieuses. La Commission européenne a néanmoins pour rôle de coordonner et de surveiller les politiques nationales, en encourageant les bonnes pratiques et en légiférant sur la mise en œuvre de la législation dans des domaines tels que la coordination de régimes de Sécurité sociale. On peut donc penser qu'il existe une marge de manœuvre importante pour aller plus loin dans la mise en place de systèmes de santé plus inclusifs.

Deuxièmement, l'Europe vit une crise économique très grave qui a, entre autres, pour conséquence la mise en place de politiques visant à limiter les dépenses publiques, dont les dépenses de santé. Cela s'est traduit parfois par un rétrécissement de la couverture maladie, la baisse des salaires des professionnels de santé ou des remboursements de soin, ou le transfert d'une partie des dépenses de santé du système d'assurance maladie vers les ménages. On observe aussi l'augmentation du nombre de personnes au chômage ou en situation financière précaire, ce qui conduit à une hausse de la fréquentation des consultations médicales gratuites, comme en témoigne le rapport de l'Observatoire européen de Médecins du Monde et d'autres associations, ainsi que l'explosion de la demande pour d'autres types d'aides, en matière de logement, d'aide alimentaire ou financière. La crise économique et l'introduction de politiques d'austérité dans de nombreux pays n'offrent certainement pas un contexte favorable à l'élargissement de la couverture maladie et à des politiques sociales plus progressistes, mais on peut aussi se demander si l'on n'assiste pas à la poursuite de la privatisation de systèmes de santé qui était entamée déjà avant la crise.

Pour nous aider à comprendre ce qui détermine les politiques de santé à l'échelle européenne, avant de voir comment les personnes vivent très concrètement la mise en place de ces politiques de santé, Jean-Claude Barbier - qui a longtemps

travaillé sur les politiques sociales en Europe et leur évolution - va nous parler de la mise en place de cette fameuse « Europe sociale » que nous appelons de nos vœux.

Jean-Claude Barbier

Le grand public connaît mal cette notion et la conception qu'il en a reste très marquée par son appartenance nationale. Par exemple, les électeurs français sont en général favorables à cette Europe sociale : c'est même en grande partie parce qu'ils considéraient que l'Europe n'était pas assez sociale qu'ils ont voté en 2005 contre le projet de traité constitutionnel. Mais dans les pays scandinaves, parmi les plus riches de l'espace européen, l'Europe sociale est plutôt perçue comme un danger : si le Danemark ou la Suède n'ont pas voulu rejoindre l'euro, c'était - dans leur logique - pour préserver leur système social.

Pour autant, en France comme ailleurs, rares sont les citoyens qui comprennent comment fonctionne l'Europe. En tout premier lieu, les gens ne savent pas que l'Union européenne, c'est d'abord une question de droit, avec plusieurs domaines, comme le droit social, qui rassemble le droit de la Sécurité sociale ou le droit du travail. Or ce droit social est très largement national : il y a très peu de droit social européen. Le droit européen est avant tout économique, c'est-à-dire qu'il a vocation à garantir les libertés de circulation (économiques), et dans ce droit-là la question de la solidarité n'a aucune place.

Par ailleurs, vous parliez de la subsidiarité pour dire, à juste titre, que les prérogatives des institutions européennes sont limitées. C'est vrai en théorie, mais on s'aperçoit dans les faits que, de plus en plus, le droit économique dont je viens de vous parler a un impact majeur sur le fonctionnement des systèmes de protection sociale dans chacun des pays. Et cet impact est négatif. Je dirais donc en caricaturant qu'aujourd'hui l'Europe sociale, ce sont d'abord des programmes d'ajustement imposés aux pays comme la Grèce, le Portugal ou l'Irlande avec des coûts humains - y compris en matière de santé - très importants ; ensuite un droit économique des libertés de circulation et enfin une partie très marginale du droit de l'Union européenne qui apporte de la coordination dans le domaine social.

J'ai dressé volontairement un panorama que vous allez certainement considérer comme pessimiste. Mais il faudra me convaincre que l'on peut faire dans l'optimisme...

Maria Melchior

Puisque vous avez parlé de la Grèce, on peut passer la parole à Mariantzela Apergi de Médecins du Monde-Grèce qui va nous parler très concrètement des changements ayant eu lieu dans son pays depuis la mise en place des politiques d'austérité de ces dernières années et de leur impact sur la santé des personnes.

Mariantzela Apergi

La Grèce est un des pays européens que la crise économique a frappés le plus durement. Les mesures d'austérité ont eu pour résultat la fermeture d'un grand nombre d'entreprises privées et la réduction du nombre de fonctionnaires dans le secteur public. Le taux de chômage a ainsi explosé pour atteindre 27 % de la population active au troisième trimestre 2013. Les salaires et les retraites ont été diminués au point que des personnes ont été expulsées de leur domicile pour insolvabilité, tandis qu'un nouvel impôt sur la propriété immobilière *via* la facture d'électricité a laissé de nombreux ménages sans électricité. Le système de santé tout entier est impacté. Près de 3 millions de personnes ayant perdu leur couverture maladie ont dû prendre à leur charge la totalité de leurs consultations médicales et de leurs médicaments. Certaines de celles disposant encore d'une couverture maladie, mais dont les revenus sont trop bas, ne sont plus en mesure de payer leur part des médicaments, ce qui pose un problème très grave aux malades chroniques et aux personnes âgées et ce d'autant plus que, depuis 2011, tous les hôpitaux publics imposent un droit d'entrée de 5 €. Des femmes enceintes sont également exclues des soins prénataux et postnataux, le suivi d'une grossesse sans complications – tout comme l'accouchement – s'élevant à 650 €, tandis qu'une naissance par césarienne coûte 1 200 €. Le coût des vaccinations des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans – incluant les vaccins et les consultations chez le pédiatre – varie de 1 400 à 1 800 € par enfant, si bien que des milliers d'enfants ne peuvent pas être vaccinés. Or, un enfant qui n'est pas

vacciné ne peut être inscrit à l'école primaire. En 2013, Médecins du Monde-Grèce a ainsi examiné 10 633 enfants dont 6 580 ont pu être vaccinés.

Le système public de santé grec, créé en 1983, repose sur une couverture maladie obligatoire basée sur le travail et abondée par les contributions des employeurs et des employés. On trouve des centres de soins de santé primaires, des hôpitaux de district et régionaux. Ont accès à ce système et à ces lieux de soin les ressortissants grecs qui ont un emploi, ainsi que les migrants possédant un permis de séjour et qui travaillent. Quant aux demandeurs d'asile, réfugiés et migrants ayant un permis de séjour pour raisons humanitaires, ils ont droit à des consultations gratuites et sont dispensés du droit d'entrée de 5 € à l'hôpital. Mais à cause de l'énorme pression exercée sur le système de santé grec, les pharmacies des hôpitaux manquent souvent de médicaments. Certaines populations sont tout simplement exclues du système de santé public : les ressortissants grecs sans couverture, les migrants en situation irrégulière ou ceux ayant un permis de séjour mais pas d'assurance maladie. Ces populations sont néanmoins censées avoir accès aux traitements d'urgence, une notion appréciée par les médecins des hôpitaux publics, mais une fois leur situation stabilisée, elles doivent prendre à leur charge les traitements supplémentaires. Si une grande partie de la population est exclue pour des raisons financières, elle l'est aussi du fait d'un niveau d'éducation trop faible ou de la barrière de la langue, voire pour des raisons géographiques : les centres de soin des régions lointaines ou des îles manquent souvent de personnel. Nous constatons que même les populations ayant une couverture maladie s'adressent aux ONG comme Médecins du Monde. Notre association, qui intervient auprès de populations présentant divers facteurs de vulnérabilité, gère cinq polycliniques à Athènes, à Thessalonique, à Chania, à Perama et à Patras. Ces lieux ont pour objectif d'offrir du soin médical et pharmaceutique, d'assurer la continuité du traitement, d'offrir l'assistance sociale et psychologique. Un centre d'accueil pour les demandeurs d'asile vulnérables propose du logement, de la nourriture, du soin médical et pharmaceutique, de l'assistance sociale et psychologique, des cours de grec et d'anglais et des espaces de distraction créative pour les enfants. Dans

le centre d'Athènes, un dortoir accueille les sans-abri pour la nuit et propose une assistance sociale, tandis qu'une équipe de terrain parcourt les rues pour offrir du soin médico-pharmaceutique, de l'assistance matérielle, un soutien psychologique et une aide administrative pour obtenir des documents ou un hébergement. Des unités mobiles visitent des régions isolées et des îles en offrant de l'assistance médicale et des examens médicaux. Le programme « Route d'Athènes » offre aux personnes toxico-dépendantes un soin médical de premier degré, un soin immédiat en cas d'urgence, une assistance sociopsychologique et l'échange de seringues. Le programme « Message de vie » s'adresse aux personnes âgées vivant sous le seuil de pauvreté auxquelles, *via* des visites à domicile ou des consultations dans nos polycliniques, nous proposons une vaccination contre la grippe saisonnière et de l'alimentation. Un programme d'intégration pour les personnes susceptibles de bénéficier d'une protection internationale fonctionne aux points d'entrée – les îles de Lesbos et de Chios – et dans le centre de rétention de Corinthe.

Du fait des difficultés économiques et sociales, les minorités ethniques comme les migrants représentent des boucs émissaires faciles de plus en plus victimes de violences racistes. Le programme « Enough » (« Ça suffit »), qui a recensé 76 attaques racistes en 2013, a comme objectif d'apporter une assistance légale aux victimes de ces violences racistes, des soins médicaux, un support sociopsychologique, de mener une campagne d'information et de sensibilisation *via* les réseaux sociaux et d'élaborer un rapport national sur la xénophobie et la violence raciste en Grèce. Dans ce cadre, nous réalisons également des visites dans les écoles de l'Attique, la région où ce phénomène est le plus important.

En 2012, les cinq polycliniques de Médecins du Monde-Grèce ont ainsi fourni des services médicaux à près de 55 000 patients, dont plus de la moitié a consisté en la délivrance de médicaments. Nos assistants sociaux ont aidé plus de 5 000 individus. Le centre d'accueil pour les demandeurs d'asile vulnérables a offert l'hébergement à une centaine de personnes. L'unité médicale mobile pédiatrique et dentaire a fourni des services médicaux à plus de 6 000 enfants habitant dans des régions isolées. Le programme « Route

d'Athènes » a soutenu 3 000 usagers de drogue. Nous avons fourni près de 7 500 paquets d'alimentation à des familles pauvres d'Athènes et de Perama. Et 400 personnes âgées ont été vaccinées contre la grippe saisonnière et ont reçu 450 paquets d'alimentation. Pour finir, il faut dire que la majorité des Grecs ont solidaires des personnes vulnérables. Depuis le début de la crise, de nombreux bénévoles offrent leurs services à Médecins du Monde et plusieurs donateurs nous appuient par leurs dons financiers ou en nature.

Maria Melchior

Merci pour ce témoignage qui illustre concrètement l'impact de la crise, mais aussi du retrait, même partiel, du service public sur l'accès aux soins en Grèce. Il illustre très bien aussi le rôle que doivent jouer les ONG pour aider les gens à accéder aux soins quand le système de soin national est défaillant. Valérie Paris, vous avez analysé l'évolution des différents systèmes de santé en Europe, y compris celui de la Grèce, au cours des dernières années. Quel est votre point de vue sur les différentes mesures qui ont été prises depuis le début de la crise ?

Valérie Paris

On a d'abord remarqué que, si avant la crise les dépenses de santé dans les pays de l'OCDE suivaient en moyenne un rythme de croissance de 4 à 5 %, on a eu en 2010, et pour la première fois, une croissance des dépenses égale à 0, et une croissance des dépenses publiques de santé inférieure à 0, de un demi pour cent. Évidemment, tous les systèmes n'ont pas été impactés de la même façon, et c'est celui de la Grèce qui a vu ses dépenses de santé diminuer le plus sévèrement : - 11 % en termes réels durant deux années consécutives. Cela signifie des coupes budgétaires très importantes. L'Irlande, le Portugal, l'Estonie ou l'Espagne ont aussi été parmi les plus touchés. Les pays qui ont demandé de l'argent à la Troïka (FMI-Banque centrale européenne-Commission européenne) ont été « invités » à suivre les politiques indiquées par ce groupe. Avec plus ou moins de latitude, les gouvernements concernés ont été obligés de faire des efforts sur leurs dépenses publiques, en particulier dans le domaine de la santé. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, quatre grandes séries de mesures ont été prises en réponse à la crise. Les premières ont visé à augmenter les revenus collectés pour

financer la santé, par exemple en créant des taxes sur les consommations nocives, comme le tabac ou l'alcool, ou bien en augmentant la participation du gouvernement au financement de la santé là où les systèmes reposent essentiellement sur l'assurance sociale.

La deuxième grande série de mesures a consisté à modifier les conditions d'éligibilité à la couverture maladie. Très peu de pays finalement ont introduit de telles mesures. Ce fut le cas de la République tchèque et de l'Espagne, l'exemple de cette dernière étant particulièrement frappant puisque le pays est passé d'un système de couverture universelle pour tous les résidents à un système de couverture excluant d'emblée tous les migrants non permanents. En Irlande, où toutes les personnes de plus de 70 ans étaient auparavant éligibles à une couverture complète, le système a été modifié de manière à retirer cet avantage aux plus aisées d'entre elles.

Très peu de pays, également, ont réduit le « panier de soins », c'est-à-dire les soins pris en charge par la couverture publique. Ceux qui l'ont fait – la Suisse, les Pays-Bas – n'étaient pas vraiment les plus pauvres ou les plus touchés par la crise, et ce sont plutôt des raisons structurelles d'augmentation des dépenses de santé publique qui ont motivé ces mesures. En revanche, beaucoup de pays ont augmenté les frais laissés à la charge des usagers sur les soins de santé (les « copaiements »), même s'ils ont parfois été partiellement compensés par une meilleure couverture pour les couches les plus défavorisées de la population.

La troisième grande série de mesures a consisté à « réduire le coût des intrants », concrètement à diminuer l'emploi dans le secteur de la santé et à réduire les salaires des gens qui y travaillent. Ainsi, en Grèce seul un fonctionnaire sur cinq quittant son poste était remplacé ; en Espagne, c'était un fonctionnaire sur dix : on a donc eu là des baisses d'effectifs très importantes dans la fonction publique. Les baisses de salaire aussi ont été très élevées dans certains pays, comme au Portugal, où elles ont pu à atteindre l'équivalent de deux mois de salaire.

La quatrième série de mesures a visé à améliorer l'efficacité des systèmes sans impacter pour autant l'efficacité et la qualité des soins, par exemple en favorisant l'utilisation des génériques et la baisse des prix. Dans cette catégorie entrent aussi les politiques de restructuration hospitalière. Au Portugal et en Grèce, elles ont été purement et simplement imposées. Dans ce dernier pays où jusqu'à présent existaient des assureurs multiples en fonction des employeurs, on a

également suivi les recommandations déjà anciennes d'experts – y compris grecs – de s'orienter vers un assureur unique pour réduire les coûts de transaction et avoir un système plus uniforme en matière de contributions et de prestations.

Voilà donc, globalement, ce que l'on a observé sur la zone OCDE en termes de politiques de santé. Ceci étant, il faut dire qu'il est très difficile d'évaluer l'impact des mesures d'austérité sur la santé. Je pense que la crise économique elle-même et les répercussions qu'elle a eues sur les ménages – perte d'emploi, de domicile, etc. – ont finalement eu davantage d'impact sur la santé que les mesures sur le système de santé lui-même.

Maria Melchior

Merci pour cette lecture globale très éclairante. Marie-France Zimmer, quelle analyse faites-vous, très concrètement, de la situation des usagers sur le terrain ?

Marie-France Zimmer

Beaucoup des gens qui perdent leur emploi perdent en même temps leur mutuelle puisque ce sont souvent des mutuelles de groupes d'entreprises. Et finalement, entre la CMUC et la mutuelle d'entreprise, il y a un grand vide : les mutuelles privées coûtent souvent extrêmement cher si bien qu'il est d'autant plus difficile d'y souscrire lorsqu'on perd une partie de ses revenus. C'est pourquoi ATD Quart Monde et d'autres associations se sont unies pour créer une mutuelle de groupe : on a négocié le panier de biens en fonction des besoins des gens très précaires, en oubliant les prestations de confort que couvrent souvent les mutuelles « normales ». Sachez en effet que si on parle de santé, il faut aussi parler de la mort et qu'il devient de plus en plus difficile dans certains milieux de faire enterrer ses proches. On voulait aussi faire en sorte que des familles ne soient plus endettées à hauteur de 1 000 ou de 2 000 € parce que l'un de leurs proches avait passé deux ou trois semaines à l'hôpital : on a négocié pour que soient complètement en charge les frais d'hôpitaux et ça a marché ! Aujourd'hui, beaucoup de gens prennent cette mutuelle dont le critère d'attribution principal est d'avoir l'ACS (aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire), donc d'avoir moins de 960 €/mois par personne.

Ce qu'il me semble important de dire par rapport à la crise, c'est qu'il y a une grande différence entre les gens qui tombent dans la précarité et ceux qui y étaient déjà avant la crise parce que ceux qui ont longtemps vécu à la marge ont toujours su comment se soigner autrement, se « dépatouiller » par eux-mêmes et faire en sorte de s'en sortir. Ceux qui souffrent le plus de la crise sont ceux qui s'en sortaient un peu mieux, qui avaient toujours travaillé et qui se retrouvent soudain avec beaucoup moins d'argent pour vivre. Ce sont eux, avec les militants d'ATD Quart Monde, que nous essayons de sauver, parce que si on les laisse tomber, ils ne se remonteront pas. Nous, qui sommes précaires depuis longtemps, de toute façon on ne remontera jamais, on est habitués... Quand j'entends parler du « seuil de pauvreté », ça m'énerve parce que qu'est-ce que ça veut dire si, à un 1 € près, on est plus ou moins pauvre ? C'est complètement idiot, tout dépend des crédits que l'on a, du lieu où l'on vit. Ce n'est tout de même pas pareil d'habiter à Paris ou à Fronville, comme moi, un patelin où il doit y avoir 70 habitants, et encore en comptant les chiens, les chèvres... C'est certain que je n'ai pas le même loyer que si j'habitais à Paris, mais on a d'autres difficultés parce que pour se rendre à l'hôpital, il faut aller en ville et ce n'est pas toujours facile. Il faut donc vraiment penser aux gens qui sont juste là, à la frange. Ce sont eux, aujourd'hui, qu'il faut aller chercher et aider parce que, si on ne le fait pas, ils vont tomber et s'ils tombent, tout va tomber. J'ai ce sentiment-là. Ce sont eux, quand même, qui maintiennent le monde comme il est : s'ils viennent à lâcher, il n'y a plus rien qui tient.

Huguette Boissonnat

Marie-France et moi-même partageons la responsabilité de la santé à ATD Quart Monde et c'est vrai que la population dont parle Marie-France et dont nous parlons n'est plus celle vers laquelle Joseph Wresinski s'était tourné quand il était dans un bidonville, une population alors dans la misère depuis des générations et des générations. Mais la population qui connaît la misère depuis des générations a un vrai savoir, une vraie culture de la misère et, de fait, une véritable expertise. Le souci d'ATD Quart Monde, c'est de permettre la résilience des individus, de faire en sorte qu'ils puissent, en temps de crise, réagir et se reconstruire. Je pense qu'on peut

favoriser la résilience dans deux domaines. Il y a d'abord le droit, comme le disait Jean-Claude Barbier, le droit commun qui doit apporter protection de la santé et cohésion sociale entre les différents membres de l'Union européenne. Mais je suis d'accord aussi pour dire que, malheureusement, on trouve très peu cette détermination dans les textes européens. On la trouve au niveau des Objectifs du millénaire de l'ONU, comme si le niveau international avait déjà cheminé sur ces questions alors que l'Europe semble en panne. L'Europe me fait parfois penser à une grande dame, figée dans son quant à soi et qui oublie qu'il y a quand même un certain nombre de grands points de droits fondamentaux sur lesquels il serait bon qu'elle se réinterroge.

Le second élément de résilience est sans doute la dignité humaine, une notion qu'on n'entend pas souvent dans les instances européennes. Or cette dignité passe assurément par l'indivisibilité des droits fondamentaux pour l'ensemble des citoyens. À ATD Quart Monde, on lutte pour qu'on prenne en compte l'ensemble des droits et pas seulement celui à la protection de la santé ou uniquement celui au logement : c'est bien l'ensemble de ces droits fondamentaux respectés qui permet de rebondir et de se construire.

Mais finalement, il me semble qu'une question essentielle se pose : doit-on se contenter de parler de l'Europe et de la santé ? Ne pourrait-on pas en appeler à une Europe de la santé ? On voit bien en effet que l'action de l'Europe dans le domaine de la santé tourne essentiellement autour de la régulation des flux, qu'il s'agisse de ceux des professionnels de santé, des flux alimentaires ou des risques endémiques à l'occasion des flux populationnels. Mais l'Europe n'a pas de politique de santé en tant que telle. Il faut sans doute s'inspirer des travaux menés au niveau international sur la couverture santé universelle¹, un concept fort vers la réalisation duquel nous devons tous aller. Encore faut-il s'en donner les moyens.

Lucile Schmid

Il me semble qu'à partir de la diversité d'approches exprimées ici, il y aurait une série de questions à se poser en commun. Mais tout d'abord, je voudrais dire le plaisir que j'ai eu à lire le rapport² de Médecins du Monde : à partir d'une approche micro-économique et en partant des analyses des personnes se présentant dans vos dispensaires, vous soulevez des questions qui ne sont jamais

1. Voir dans ce numéro le texte de Pierre Salignon et Christophe Paquet, « Protection sociale et couverture santé universelle : nouveaux défis de l'agenda du développement post-2015 », p. 86-95.

2. Pierre Chauvin, Nathalie Simonnot et Frank Vanbiervliet, *L'Accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie*, Médecins du Monde, avril 2013. Accessible via www.mdmeuroblog.wordpress.com/resources/publications/

posées au Parlement européen, et encore moins au Conseil. Vous partez en fait d'une « Europe par le bas » pour montrer la dégradation de la santé publique et l'inégalité de l'accès aux soins en Europe. C'est à mon avis un premier diagnostic qu'il nous faut partager, tout comme ce que votre rapport pointe, à savoir les conséquences sur la santé des politiques d'austérité.

Le deuxième point à partager tient à ce qu'a dit Jean-Claude Barbier : le fait que l'Europe sociale est un concept qui varie en fonction des cultures nationales et que l'Europe, c'est le droit. Cela m'a fait penser au livre de Jean-Paul Fitoussi³ qui nous dit qu'à vouloir trop faire l'Europe par la règle, on crée un déficit démocratique parce que la règle et le droit n'entraînent pas mécaniquement de la démocratie. Si on part du rapport de Médecins du Monde qui parle des personnes et des destins individuels pour dégager ensuite des tendances collectives, c'est la question du lien entre les choix européens et l'absence de lisibilité démocratique de nos processus politiques qui est posée. Et puisque ce débat est organisé dans la perspective des élections européennes, c'est évidemment un point sur lequel il faut discuter ensemble.

Pour autant, je ne suis pas tout à fait d'accord avec Jean-Claude Barbier quand il nous dit que l'Europe, c'est le droit. Il me semble plutôt que le problème, c'est que le droit soit confisqué par quelques-uns quand même : s'il y avait davantage de démocratie européenne, peut-être y aurait-il un peu plus d'Europe sociale... De même, si le Parlement européen avait un droit d'initiative complet à égalité avec la Commission européenne, il y aurait sans doute un certain nombre de sujets qui seraient abordés alors qu'aujourd'hui le principe de subsidiarité est posé comme une sorte de verrou.

J'ai aussi cru entendre dans l'intervention très stimulante de Jean-Claude Barbier que l'Europe sociale serait une sorte de concept forgé par la France qui voudrait l'exporter alors qu'il n'est pas exportable. Plus largement, c'est ce qu'on dit de la façon dont la France envisage l'Europe. Je n'ai pas de certitude là-dessus, mais cela pose en tout la question de savoir si l'on imagine une Europe du moins-disant ou du mieux-disant social.

À mon avis, et pour que les perspectives politiques soient ouvertes dans cette élection dont on nous prédit qu'elle sera catastrophique, marquée par une montée de l'extrême droite et des populismes – évidemment liée à la crise et au sentiment que jamais, au niveau des institutions

3. Jean-Paul Fitoussi, *La Règle et le choix. De la souveraineté économique en Europe*, Seuil, 2002.

européennes, la question des destins individuels n'est vraiment discutée –, il est essentiel de poser la question de l'idéologie du droit de la concurrence. Ce droit est consubstantiellement lié à la construction européenne, mais comment est-ce qu'on peut faire évoluer la construction européenne avec d'autres droits ? La deuxième chose tient au rapport de force. En tant que citoyenne, et non pas comme membre d'Europe Écologie Les Verts, j'ai été extrêmement déçue par le fait que François Hollande n'a pas porté le fer au niveau européen dès son élection. Il y a eu une forme de renoncement à porter un autre projet. Certes, il n'y a pas beaucoup de gouvernants de gauche en ce moment au niveau européen, mais la France n'a-t-elle pas toujours joué un rôle d'avant-garde ? Alors, et pour finir, c'est peut-être à nous, Europe Écologie Les Verts, de porter l'idée d'une modification du schéma institutionnel européen pour montrer aux citoyens européens que le Parlement européen n'est pas un « machin » et que les questions sociales peuvent être davantage traitées. Ce qui me semble essentiel, c'est que la culture démocratique progresse au niveau européen : en ce sens, les destins individuels, souvent fracassés, que MdM évoque, doivent être mis à l'ordre du jour, discutés et source de changements.

Jean-Claude Barbier

Je voudrais rectifier, car si j'ai effectivement dit que l'Union européenne fonctionnait « au droit », je n'ai jamais dit que j'y étais favorable. D'ailleurs, je critique un « modèle européen » qui ne serait que l'addition du marché et des droits fondamentaux. Un droit fondamental, dans ce contexte, c'est un peu Janus, le dieu aux deux visages. D'un côté, on ne peut qu'être d'accord avec un principe qui nous dirait, par exemple, que nul ne doit mourir dans la rue. Mais si, d'un autre côté, cela doit nous amener à nous centrer uniquement sur les plus pauvres des pauvres en oubliant le reste de la société, alors on rompt avec la logique qui a été à la base des systèmes de protection sociale. Les systèmes qui réussissent, ce sont ceux de droit commun, comme les modèles scandinaves. Marie-France Zimmer l'a très bien dit : si l'on ne prend pas garde à protéger les gens modestes – la majorité d'entre nous –, alors il n'y aura plus rien et l'édifice s'effondrera. Je garderai cette image parce qu'effectivement, tout est lié. Je pense que la construction de l'Union européenne a représenté quelque chose d'absolument essentiel en ce qu'elle a eu

des effets de pacification et d'échange, en matière d'égalité entre les hommes et les femmes aussi. Mais aujourd'hui les bienfaits des libertés de circulation, sur lesquelles repose toute la législation européenne, ne valent que pour une minorité, à savoir et par définition les gens qui sont « mobiles ». Or 80 % des gens en Europe sont « immobiles », ils restent dans leur pays : c'est à eux qu'il faut penser.

Huguette Boissonnat

Les droits fondamentaux que j'évoquais représentent une assise et si j'ai dit qu'ils ne doivent pas être dissociés, je pense aussi qu'ils ne peuvent se déployer que dans le cadre du droit commun. C'est tout le travail qu'a pu faire Joseph Wresinski et que nous avons prolongé avec la CMU : le but est le même, à savoir faire en sorte – en matière de protection sociale comme dans d'autres domaines – que tout le monde relève du droit commun. On ne peut pas dissocier le droit commun et les droits fondamentaux, et l'on a certainement commis une erreur en mettant en exergue ces derniers. Par ailleurs, si l'Europe est dans une logique de marché, alors il nous faut travailler avec les personnes qui sont dans cette logique pour défendre l'égalité et la cohésion sociale, parce que c'est sans doute le meilleur moyen de ne pas perdre d'argent, voire d'en gagner. Marie-France a tout à fait raison quand elle dit que si on laisse tomber les classes modestes, cela va nous coûter à tous très cher. Cela se défend très bien auprès des économistes et de plus en plus : il faut s'emparer de leur langage pour faire avancer nos combats. Quand nous avons travaillé sur ces mutuelles complémentaires d'accès au soin et de protection de la santé, la première chose qu'on a dite aux coassureurs, c'est qu'ils allaient gagner de l'argent, et ils en ont gagné ! Et pourtant, ils s'engageaient à assurer des personnes pauvres.

Lucile Schmid

Je veux réagir par rapport à cela parce cela rejoint le débat classique sur prévention et soin. Qu'est-ce qui se passe en période de crise ? Les gens repoussent toujours un peu plus le moment où ils doivent aller consulter et l'on aboutit ainsi à une dégradation de la santé. Le problème, c'est que tout notre système repose encore largement sur la primauté du soin aux dépens de la prévention et cela impliquerait donc que l'on modifie l'organisation de notre système. La

question que je me pose, c'est : est-ce qu'en période de crise on peut vraiment modifier l'organisation d'un système ? L'idée d'assurance universelle que vous évoquiez me semble tout à fait intéressante, mais est-elle envisageable dans la période que nous vivons alors que j'observe plutôt un repli national très fort et une médiocrité de nos dirigeants, notamment au niveau européen. Et si le projet européen est en panne, c'est parce qu'il n'est pas incarné par des personnes qui auraient une vision et un souffle. Ceci étant, le contexte dans lequel la Sécurité sociale a été créée en France n'était pas très bon non plus... Sans doute y avait-il une nécessité et un souffle que nous ne retrouvons plus aujourd'hui.

Maria Melchior

En somme, il faudrait préparer l'après-crise... Nous allons terminer en prenant quelques questions de l'assistance.

Thierry Brigaud, président de Médecins du Monde

Ma première question porte sur ces Européens « mobiles » pauvres qu'évoquait Jean-Claude Barbier, et dont on en retrouve certains dans nos centres de soins. Certes, on les prend en charge en dehors du droit commun, mais ces Espagnols qui sont en France, ils vont y rester, y travailler. Il faudra bien qu'on les soigne et peut-être même qu'ils aient accès à la Sécurité sociale. Il faudra bien qu'un accord advienne à ce sujet et je ne vois pas comment il ne pourrait pas être de niveau européen. Ma seconde question a trait à la démocratie, car au fond, qui a décidé en Grèce : c'est la Troïka. Et les décisions de cette alliance ont des conséquences sur la santé. Et là, pour le coup, la santé c'est l'affaire des Grecs. Il y a donc quand même bien un problème de démocratie à un moment : on nous dit que la santé n'est pas de la compétence de l'Europe, mais les décisions qu'elle prend ont de sérieuses conséquences sur la santé des Européens !

Nathalie Simonnot, directrice adjointe chargée des programmes nationaux, de la communication et du plaidoyer à Médecins du Monde

Bien sûr, je rejoins Valérie Paris pour dire que les conditions de vie sont essentielles en matière de santé. Et à MdM, nous travaillons énormément sur les déterminants sociaux de la santé. Mais il se trouve que, lorsqu'une personne est très malade, il est inadmissible qu'elle ne puisse avoir accès à un médecin. En termes de conséquences immédiates de la crise et des mesures prises par le gouvernement espagnol, j'ai un exemple très simple, terrible, celui d'un jeune Sénégalais de 28 ans, Alpha Pam, qui est allé frapper quatre fois à la porte d'un hôpital espagnol pour y être soigné parce qu'il toussait et crachait du sang. Quatre fois on lui dit que, faute de papiers, on ne pouvait pas le soigner. Tout juste lui a-t-on donné du paracétamol. Il est mort de sa tuberculose, dans la chambre qu'il partageait avec huit autres personnes. Quand le système de santé espagnol était encore équitable, toute personne qui se présentait était acceptée. Cet homme est mort parce que le système espagnol a été changé...

Jean-Claude Barbier se dit pessimiste. Moi, j'ai beaucoup de mal à l'être car ce que j'ai vu, à l'occasion du travail européen que nous menons – et merci beaucoup Lucile Schmid de tous ses compliments sur notre rapport –, c'est que l'Europe est encore un endroit où l'on peut parler de droits fondamentaux sans être pris pour des fous ou des idéalistes. Certes, l'Europe est basée sur la concurrence et la liberté de circulation concerne surtout les capitaux, pas les personnes. Comme le disait Thierry Brigaud, un Européen qui n'a pas de Sécurité sociale, pas de couverture maladie et pas assez d'argent perd le droit de résider dans un autre pays que le sien : il devient un étranger sans papiers en Europe. Mais il n'empêche que, quand on parle de droits fondamentaux dans les instances européennes, on sent que cela résonne chez les gens que nous avons rencontrés jusqu'à maintenant. Donc, je garde tout de même une bonne dose d'optimisme.

Robert Lion, ancien haut fonctionnaire et président de Greenpeace France, actuel conseiller régional d'Île-de-France (EELV)

Quand je vois les décisions de la Troïka, je pense aux programmes d'ajustement structurel dictés avec vigueur par le consensus de Washington dans les années 1980 et qui se sont traduits par des drames dans des pays qui étaient encore plus démunis que nos États européens pour se défendre. Personnellement, je ne suis pas du tout optimiste. Je vois monter une sorte de « coalition du marché », qui a inspiré la Troïka, parce que le marché n'a pas vraiment été affaibli par les suites de la crise de 2008. D'autre part, ce qui nous menace politiquement, ce sont des forces de repli et de « désolidarité », une espèce de coalition qui monte et sera incarnée, je le crains, dans la future Commission européenne alors qu'on a toutes les chances d'avoir en juin prochain un Parlement européen où le groupe le plus important sera anti-européen et héraut de la non-solidarité. Je rejoins néanmoins Nathalie Simonnot sur le fait que l'Europe est encore le seul endroit au monde où l'on peut parler de droits. C'est une des raisons pour lesquelles je suis mordicus Européen. Mais si l'Europe n'existe plus, si elle est dominée par les anti-Européens, qui demain parlera encore de droits fondamentaux sur la planète ?

Maria Melchior

Valérie Paris, est-ce qu'on arrive à chiffrer le gain qu'évoquait Huguette Boissonnat à proposer une couverture maladie à des personnes pauvres, voire – si cela se faisait – à des étrangers en situation irrégulière ?

Valérie Paris

À ce niveau marginal, je ne pense pas. Il existe une littérature foisonnante sur l'impact de la couverture santé et de l'accès au soin dans les pays en développement. On sait que c'est pour eux un facteur de croissance, de productivité, de bien-être, etc. Dans nos sociétés, c'est un peu moins flagrant, ce qui n'est pas anormal puisqu'on part d'un niveau assez haut de couverture santé et d'accès aux soins.

Lucile Schmid

Ce que j'ai trouvé très intéressant également dans le rapport de Médecins du Monde, c'est le fait que moins de 2 % des migrants interrogés disent venir pour des raisons de santé. Il faudrait absolument mettre ce chiffre en valeur dans le débat public, tant le fantasme de « fraude sociale » a beaucoup progressé du temps de la précédente majorité sans pour autant être récusée, me semble-t-il, par l'actuelle. C'est une notion qui fait énormément de mal aujourd'hui dans notre société, qui est largement instrumentalisée par le Front national, et sur laquelle les associations comme la vôtre doivent faire porter le débat. Par ailleurs, il me semble que s'il y a une idéologie des institutions européennes, du moins de ceux qui sont à leur tête, on peut tout à fait envisager de la combattre, comme des associations ont pu le faire dans le débat sur l'aide alimentaire européenne. On doit être capable de construire un rapport de force et de faire évoluer la jurisprudence européenne qui, si elle est loin aujourd'hui d'être favorable, a toujours été une manière d'adapter le droit à la réalité.

Jean-Claude Barbier

Je vous rejoins sur cette nécessité de compter avec la jurisprudence. Ce n'est pas évident quand on voit la posture des juges de la Cour de justice, qui sont dans leur bunker de Luxembourg comme s'ils étaient les rois du monde, les rois de l'Europe en tout cas. Ce sont eux qui décident de beaucoup de choses en fait. Même s'ils ont des velléités de changement, ils opposent généralement qu'ils ont les mains liées par les termes du traité. Mais ils tendent une perche en suggérant qu'il serait possible d'infléchir des jurisprudences. Cela veut dire qu'il faut que les hommes et les femmes politiques, mais aussi les citoyens, les ONG, les syndicats se battent pour parvenir à cela. Depuis quelques années par exemple, la Confédération européenne des syndicats s'est attelée à ce travail sur la jurisprudence à travers le « *strategic litigation* », autrement dit le « contentieux stratégique ». Jusqu'à présent, c'étaient les entreprises pharmaceutiques, pétrolières ou encore les organismes d'agences d'intérim qui employaient le contentieux pour faire avancer leurs intérêts. Les syndicats utilisent désormais la même arme.

Maria Melchior

Je pense qu'à Médecins du Monde, on peut complètement souscrire à l'idée que les organisations non gouvernementales, plus largement les sociétés civiles, peuvent aussi faire entendre une autre voix que celle portée par nos représentants. Espérons que ce débat y contribuera.