

Revue

Humanitaire

30

enjeux pratiques débats

Dossier

KRACH sanitaire : la crise, à quel prix ?

Médecine humanitaire

Mutuelle

Inégalités sociales

Accès aux soins

sécurité sociale

CMU

AME

Service public
réciprocité

ÉGALEMENT DANS CE NUMÉRO :

Séisme au Japon – Réduction des risques en Tanzanie –

Expulsions au Darfour – Guerre en Somalie – Crise en Grèce

DÉCEMBRE 2011

Les inégalités sociales de santé, un problème français

par Didier Fassin

En ouverture de ce dossier, et alors que la table ronde nous a déjà permis de poser quelques jalons, Didier Fassin nous explique les arcanes d'une relégation. Celle dont les inégalités de santé ont été victimes, sacrifiées sur l'autel d'une politique libérale qui, là comme dans d'autres domaines, n'en finit pas d'imposer sa logique.

— Une politique de négligence assumée

Lorsque la Loi relative à la politique de santé publique fut débattue devant le Parlement français en 2004 - c'était la première législation de ce type depuis de nombreuses années - un sénateur, ancien ministre de la Santé, demanda à son successeur, venu la présenter devant la haute assemblée, d'inscrire la réduction des inégalités sociales de santé au titre des objectifs de cette politique. Le représentant du gouvernement et le président de la commission des affaires sociales s'y opposèrent. La loi ne fait donc pas mention de cet objectif et, parmi les cent indicateurs mis en place en marge de cette législation pour mesurer l'efficacité du système de santé, aucun ne prend en compte la réduction des disparités.

Lorsque la commission chargée de la santé dans le cadre de la Stratégie nationale de recherche et d'innovation souhaitée par le Président de la République lança ses travaux en 2009 - il s'agissait de définir les priorités scientifiques dans ce domaine pour les prochaines décennies - un chercheur s'étonna de ce que le document préparatoire n'inclût aucune référence aux inégalités sociales de santé. Nombre de pays européens placent en effet cette thématique au cœur de leur dispositif scientifique en matière de santé. L'administration ne modifia pas le texte, qui privilégiait la recherche biologique et les collaborations industrielles.

le
s
s
le
el
s
sa

Ces deux exemples qui concernent, pour l'un la politique et pour l'autre la recherche, et qui impliquent, l'un comme l'autre, l'avenir de la santé publique, sont révélateurs de la résistance croissante des autorités françaises à traiter de la question des inégalités sociales de santé. Il n'est pas difficile d'en donner, sinon l'explication définitive, du moins une raison probable. La France est en effet l'un des pays occidentaux où les disparités devant la mort sont les plus fortes, l'espérance de vie à trente-cinq ans étant en moyenne de six ans plus faible pour un ouvrier et un cadre, la différence atteignant même neuf ans entre un ouvrier non qualifié et un ingénieur. Au cours des dernières décennies, les écarts de mortalité se sont maintenus, voire aggravés, et ce malgré une croissance économique du pays et une amélioration globale de l'état de santé de sa population. Dans ces conditions, ne pas faire de la réduction des inégalités sociales de santé un objectif de santé publique, ne pas tenter de la mesurer et ne pas chercher à l'étudier évoque irrésistiblement la symbolique des trois singes qui se couvrent respectivement les oreilles, les yeux et la bouche pour ne pas entendre, ne pas voir et ne pas parler. Ce que l'on ignore et que l'on tait n'a, au fond, pas d'existence sociale — du moins tant qu'il n'existe pas de contre-pouvoir pour énoncer publiquement la vérité que le pouvoir ne juge pas bonne à dire.

— Une nécessaire mise en perspective internationale

Cette méconnaissance volontairement entretenue tranche non seulement avec l'attitude de plusieurs de nos voisins européens, mais également avec une certaine tradition née dans notre pays au début du XIX^e siècle dans le cadre de ce qu'on appelait alors « l'hygiène publique ». De pionnière qu'elle était en matière de connaissance et d'action sur les inégalités sociales de santé, du temps des Villermé et des Haussmann, la France est devenue l'un des pays présentant les statistiques les moins favorables et œuvrant le moins efficacement dans ce domaine. L'illusion d'avoir « le meilleur système de santé au monde », entretenue il est vrai par un classement flatteur de l'Organisation mondiale de la santé, a fait oublier les performances médiocres en termes de lutte contre les disparités. C'est que la qualité des soins ne suffit pas à garantir l'état de la santé d'une population. Ce sont les

inégalités socioéconomiques qui expliquent principalement les disparités de santé. On peut donc avoir de bons médecins et de bons hôpitaux, mais des écarts importants entre les catégories sociales en termes d'indicateurs de santé. En se rassurant à bon compte au sujet des premiers, les autorités se sont désintéressées des seconds, au point de délaissé les instruments de connaissance du problème - l'appareil statistique de mesure des inégalités - et même de faire disparaître les outils qui pouvaient en révéler l'existence - à commencer par le CERC, Centre de revenus et des coûts, qui produisait des données régulières sur les disparités économiques et que le gouvernement a supprimé en 1994. La politique de négligence est donc une politique délibérée, de longue haleine, produit d'une vision de la société qui privilégie d'autres valeurs que l'égalité et la solidarité.

Certes la France n'est pas la seule engagée dans cette logique qui consacre l'idée libérale d'inégalités génératrices de richesses et corrigées à la marge par des pratiques d'assistance. Appliquée au domaine de la santé, cette vision de la société suppose que la régulation par le marché - qu'il s'agisse des consultations, des médicaments ou des assurances - permettra une couverture médicale adaptée au niveau de ressources de chacun, les plus pauvres bénéficiant de soins minimaux sur une base caritative. Les États-Unis présentent la version la plus radicale de ce modèle dont la réforme, même à la marge, conduit une partie de la population à y voir l'emprise délétère du « socialisme » : on mesurera la dégradation des valeurs de solidarité au fait que la réforme engagée par le démocrate Barack Obama se révèle moins généreuse que celle voulue par le républicain Richard Nixon, il y a quelques décennies. Elle n'en est pas moins dénoncée avec une extrême violence par les conservateurs, les médecins libéraux, les assurances privées et l'industrie pharmaceutique. Ainsi les États-Unis associent-ils le plus haut niveau de dépenses de santé dans le monde et les disparités devant la maladie et devant la mort parmi les plus importantes des pays riches. Dans le cadre de la dérégulation promue partout dans le monde, nombre de pays, en Amérique latine et en Asie notamment, suivent cette voie libérale productrice d'inégalités qui ne cessent de s'accroître, laissant sur le bord du chemin celles et ceux qui, en raison de leur situation économique, de leur âge ou de leur maladie, n'ont plus droit aux soins. La France, si fière de sa Sécurité sociale, n'échappe pas à cette évolution. Elle qu'on avait crue longtemps épargnée par les dérives libérales

multiplie les dispositifs mettant à contribution les usagers, dérégulant les consultations des médecins, réduisant les remboursements des médicaments, restreignant les conditions d'accès à l'aide médicale. Nombre de malades ne sont désormais plus en mesure de se soigner dans le système de santé de droit commun. Ce sont eux qui alimentent les dispositifs de soins mis en place gratuitement par des organisations non gouvernementales, comme Médecins du Monde. Ce sont eux que voient les médecins généralistes soucieux de respecter les principes du serment d'Hippocrate auxquels tant de leurs collègues ont renoncé - et certains le disent dans ce dossier de la revue *Humanitaire*.

— Espaces de résistance

Car face à cet accroissement inquiétant des disparités de santé et cette lente dégradation de l'accès aux soins, face au déni des uns et à l'indifférence des autres, il faut souligner l'importance de ces espaces de résistance où des médecins et des infirmiers, des associations et des citoyens s'efforcent de défendre une autre vision de la société, de la justice, du droit. Les témoignages recueillis et les débats proposés dans les pages de ce dossier - aussi bien dans la table ronde qui précède que dans les articles qui suivent - attestent, s'il en était besoin, de la vitalité de cette résistance. Ils nous parlent des difficultés rencontrées au quotidien par les professionnels de la santé et leurs patients. Ils nous expliquent les mécanismes subtils d'exclusion des soins que les politiques et les institutions s'ingénient à trouver pour réduire l'accès à la Couverture maladie universelle et à l'Aide médicale de l'État. Ils nous expliquent les dégâts causés sur l'état physique et psychique des plus précaires, mais aussi les conséquences néfastes pour la santé de l'ensemble de la population, lorsque les maladies infectieuses ne sont plus traitées, par exemple. Ils nous racontent enfin des expériences tentées ici et là pour défendre une certaine idée du vivre ensemble. Formons le vœu que leur voix soit entendue et leurs arguments discutés dans les forums qui, dans les prochains mois, animeront les campagnes présidentielle et législative. Aucune des évolutions analysées ici n'est inéluctable : il suffit de remettre au centre de l'espace public la question lancinante - et pourtant occultée - des inégalités.

— L'auteur

Didier Fassin est anthropologue et médecin, professeur à l'Institute for Advanced Study de Princeton et à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales à Paris. Il est président du Comede, Comité médical des exilés. Il a notamment co-dirigé *Les Inégalités sociales de santé* et *L'État de la santé publique* (tous deux à La Découverte). Il est l'auteur de *La Raison humanitaire* et *La Force de l'ordre* (au Seuil).

s,
es
es
re
re
es
es
du
es
te
le

de
au
ter
ins
ant
du
ins
qui
en
ant
les
ous
que
our
ide
sur
les
la
lus
des
dée
soit
qui,
nes
ées
ace
des

Contrôler les médecins pour maîtriser l'immigration

Par Arnaud Veisse

Les années 1990 auront vu à la fois la progression de l'accès aux soins « pour tous », avec les réformes de l'Aide médicale de 1992 et la Couverture maladie universelle de 1999, et la restriction de l'accès à une protection maladie pour les étrangers « sans-papiers », exclus de la Sécurité sociale en 1993 puis de la CMU en 1998. Alors qu'ils partageaient jusque là les difficultés d'accès aux soins de l'ensemble des personnes démunies – incluant les Français et étrangers en situation de séjour stable –, les étrangers en séjour précaire, soit près d'1 million de personnes en France¹, doivent depuis lors composer selon les périodes avec un régime « à part » : l'Aide médicale Etat. Les années 2000 ont confirmé le risque d'une telle stigmatisation avec les restrictions de l'AME de 2002, 2003 et 2010 en lois de finances.

1 Comede. *Rapport d'activité et d'observation 2010* pp. 13 et 5
www.comede.org

On retrouve un mouvement également paradoxal dans le champ de la protection des étrangers menacés de mort en cas de retour contraint dans leur pays d'origine. C'est en effet au plus fort de la crise du droit d'asile que le parlement va adopter le Droit au séjour des étrangers malades, le Dasem (Chevènement, 1998), en complément logique de la protection contre l'éloignement (Debré, 1997). C'est en 1981 que, pour la première année, l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides a délivré moins de cartes de réfugiés qu'elle n'avait enregistré de demandes d'asile. Le nombre de statuts de réfugiés a ensuite progressivement diminué pour atteindre son niveau le plus bas, précisément entre 1996 et 1998. Comme pour la sécurité sociale et l'AME, ce glissement d'un droit « politique » vers un droit souvent présenté comme « humanitaire » ne tardera pas à montrer ses propres limites pour la protection effective des personnes concernées.

— Réfugiés et malades, les quotas de « l'humanitaire »

Dans son rapport annuel au parlement, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration regroupe en une même catégorie dénommée « humanitaire » les titres de séjour délivrés en application du droit d'asile (personnes reconnues réfugiées ou protégées à titre subsidiaire) et du droit au séjour pour raison médicale. Point commun de ces deux procédures – qui les différencie en effet des autres voies de régularisation : ce n'est pas au préfet, mais à un tiers, qu'il revient d'examiner si les critères de protection sont remplis (l'Ofpra pour les demandeurs d'asile, et le Médecin de l'Agence régionale de santé – MARS – pour les étrangers malades). Or dans les deux cas, l'évolution de l'application du droit témoigne de l'influence historique des politiques « d'immigration choisie », et ceci – jusqu'en 2011 – à « droit constant ».

Depuis 1997, le nombre de statuts de réfugiés oscille autour de 10 000 par an, soit deux fois moins qu'au cours des années 1970, dessinant en creux une politique de quotas face à la multiplication des réfugiés dans le monde. Une politique similaire est à l'œuvre en matière d'application du droit au séjour des étrangers malades depuis le début des années 2000. A la demande du ministère de l'Intérieur, la première charge est tirée par l'Inspection générale de l'Administration dans un rapport sur l'Immigration remis en novembre 2002, qui présentait la

régularisation des étrangers malades comme « *la faille majeure du système* ». Il s'en suivra la circulaire ministérielle du 19 décembre 2002 jetant le soupçon sur les médecins qui interviennent dans la procédure².

En décembre 2005, un avant-projet de loi prévoyait de limiter le droit au séjour des étrangers malades à la seule nécessité de « *soins urgents et vitaux* ». Cette limitation sera finalement écartée dans la loi Sarkozy de 2006. En 2007, contre l'avis des associations mais également du ministère de la Santé, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration décide la mise en ligne sur le site intranet ministériel de « *fiches-pays* » indiquant l'existence de traitements et recommandant aux MISP, en contradiction avec la loi, de ne pas tenir compte de l'accessibilité effective aux soins. Elaborées par des médecins employés par les ministères de l'Immigration et des Affaires étrangères, ces fiches sont néanmoins utilisées par un certain nombre de MISP, pour des décisions préfectorales de refus.

Bien qu'officiieuse, cette politique de quotas connaîtra une efficacité certaine, dont témoigne la baisse significative au cours des dernières années des taux d'accord pour les demandes de carte de séjour « *étrangers malades* » dans l'observation du Comede³. Proches de 100 % jusqu'en 2002, les taux d'accord chutent autour de deux accords sur trois pour les préfetures, et de un sur deux pour les recours contentieux contre un refus préfectoral. Dans la mesure où, secret médical oblige, la quasi-totalité des décisions préfectorales respectent les avis médicaux, ces résultats sont significatifs de l'impact des débats politiques et militants contradictoires sur l'élaboration des avis médicaux rendus par les MISP. Dans le domaine politiquement plus « *sensible* » de la lutte contre le sida, cette évolution sera longtemps contenue pour les étrangers vivant avec le VIH par la publication des circulaires du 30 septembre 2005 et du 8 juin 2006 du ministère de la Santé, rappelant aux MISP, en accord avec la loi, la nécessité de privilégier la continuité des soins.

C'est dans ce contexte que le Conseil d'Etat est obligé, en avril 2010⁴, de rappeler la lettre et l'esprit de la loi : la France ne peut pas renvoyer des étrangers malades dans leur pays sans vérifier qu'ils pourront effectivement s'y soigner. Et le simple fait que les traitements y soient disponibles ne suffit pas : les intéressés doivent pouvoir en bénéficier. C'est ce qu'avait prévu le législateur de 1997 et 1998, et ce qu'avait précisé le ministre de l'Intérieur en 1998⁵. Ce rappel à la loi connaît un effet pervers : dans l'esprit de ses détracteurs, il faut décidément changer la loi

2 Face aux protestations des associations et des Médecins inspecteurs de santé publique - MISP - cette circulaire sera rectifiée à la marge par une circulaire du 12 janvier 2003

3 Comede Rapport d'activité et d'observation 2009 pages 32 et 5 www.comede.org

4 Cf. 7 avril 2010 n° 301640 et n° 316625 publiés au recueil Lebon

5 Circulaire NOR INT D 98 00108 C du 12 mai 1998 prise pour l'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile

« pour continuer de l'appliquer comme avant » expliquent les parlementaires à l'initiative de la dernière attaque en 2010. Selon le gouvernement et les parlementaires de la majorité, l'étranger malade résidant en France pourra désormais être renvoyé dans son pays d'origine dès lors que le « traitement y est disponible ». Peu importe qu'il ne le soit pas en quantité suffisante, qu'il soit hors de prix, ou qu'aucun suivi médical ne soit possible.

— Du contrôle médical au contrôle des médecins

Début 2011, alors même que le projet de loi est en cours d'examen par le Parlement, certains Médecins des nouvelles Agences régionales de santé (MARS) en anticipent l'application en s'opposant à la régularisation de personnes vivant avec le VIH et menacées de mort en cas de retour au pays d'origine, faute de pouvoir accéder aux soins nécessaires à leur état de santé. Alertées sur plusieurs situations individuelles, les associations de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) doivent intervenir auprès du ministère de la Santé pour que celui-ci rappelle les MARS concernés à leurs obligations légales et déontologiques, et notamment à l'application des circulaires relatives à la protection des personnes atteintes du VIH ou d'hépatites virales chroniques avec l'instruction aux ARS du 29 juillet 2010. Dans le même temps, des recours ont été introduits auprès de la juridiction administrative, plus prompt depuis plusieurs années à reconnaître le droit au séjour des étrangers gravement malades que les préfetures.

Confrontés aux consignes contradictoires de la protection de la santé et de la lutte contre l'immigration, certains médecins développent des attitudes dangereusement ambivalentes. Amené à se prononcer en février 2011 sur la situation d'un ressortissant tunisien atteint d'hépatite C et privé de liberté dans un centre de rétention administrative en vue d'être expulsé du territoire, un MARS transmet à la préfecture un avis dans lequel il écrit que l'état de santé du demandeur « est compatible avec un éloignement vers son pays d'origine », tout en précisant qu'il « ne peut avoir accès dans son pays d'origine au traitement approprié », mais que « le traitement semble disponible ». Le *Nota Bene* est exemplaire de l'ambiguïté du médecin concerné sur son rôle : « En cas de décision de retour vers son pays d'origine, il conviendra de prendre des mesures visant à ne pas interrompre le traitement, le temps d'organiser la prise en charge dans le pays de destination. »

nce aux
estations des
ications et des
ecins inspecteurs
ante publique
SP - cette
ulaire sera rectifier
marge par une
ulaire du 12 janvier
13

Comede Rapport
ict. In et
osent. 200
ges 32 et 4
www.comede.org

Fe 2011 2011
0.640 et n° 316625
ables au recu
ybc

Circulaire NOR INT D
3 00108 C du 12 mai
398 prise pour
application de la loi n°
18 349 du 11 mai 1998
relative à l'entrée et au
séjour des étrangers en
France et au droit
d'asile

Cet avis médical sera interprété par la préfecture et le ministère de l'Intérieur comme défavorable à la protection, et logiquement suivi de la mise en œuvre d'une mesure de reconduite à la frontière. Refusant de prendre l'avion, le malade est ramené au centre de rétention où le service médical et l'association présente vont alerter les partenaires associatifs, l'intervention du ministère de la Santé conduisant *in fine* le ministère de l'Intérieur à régulariser la situation de la personne.

Si certains médecins développent des comportements qui relèvent davantage du contrôle de l'immigration, plus nombreux sont ceux qui restent fidèles à leurs engagements pour la protection de la santé des étrangers malades, dans le respect de la déontologie médicale⁶. Dès lors, ils se trouvent en butte à des mesures de contrôle et de sanction croissante de la part du ministère de l'Intérieur. Les préfectures refusent ainsi de plus en plus souvent d'examiner les demandes de régularisation si le « rapport médical » prévu par la réglementation n'émane pas d'un « médecin agréé ou un praticien hospitalier »⁷. Dans le même temps, plusieurs médecins voient leur agrément supprimé dans un contexte de suspicion croissante à l'égard des pratiques médicales⁸. Dans un arrêt du 24 février 2011⁹, suite à la suppression de l'agrément de deux psychiatres par la préfecture du Puy-de-Dôme, la Cour administrative d'appel de Lyon confirme le caractère de contrôle médical dévolu par la réglementation aux médecins agréés, ainsi qu'aux praticiens hospitaliers.

L'évolution vers le contrôle médical s'avère indissociable du contrôle des médecins au service de la « maîtrise de l'immigration ». Face à cette situation, les mouvements de protestation s'organisent et se renforcent au cours des dernières années. Fin 2007, le Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique en appelle au soutien de leur ministre de tutelle, la Santé : « [Ces pressions] s'inscrivent dans une démarche globale d'intimidation retransmise par certains directeurs, eux-mêmes pressés par leurs préfets, qui ont été récemment convoqués pour des chiffres de reconduite à la frontière considérés comme insuffisants »¹⁰. En 2008, le Comede lance une pétition de médecins intitulée « La déontologie médicale est universelle, elle s'applique aussi pour les malades étrangers ». Elle sera signée en un mois par plus de 500 médecins intervenant auprès des étrangers malades.

6 Art 47 et 50 du Code de déontologie médicale

7 Ces refus s'appuient sur l'exigence d'appliquer de manière nouvellement restrictive un arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades

8 ASENSI H. *Des désagréments de la psychiatrie pour les étrangers malades*. Mieux d'exil n°25 décembre 2008 www.comede.org

9 CAA Lyon 24 février 2011 N°09LY01009

10 Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique communiqué du 8 octobre 2007 www.smisp.fr

11 Observatoire du droit à la santé des étrangers.
www.odse.eu.org

12 La carte de séjour et la protection contre l'éloignement s'adresse désormais « à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative (...) »

13 Instruction DG d...
10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves.

6 Art 47 et 50 du Code de déontologie médicale

7 Ces refus s'appuient sur l'exigence d'appliquer de manière nouvellement restrictive un arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades

8 Aşensî H. *Des désagrèments de la psychiatrie pour les étrangers malades*. Maux d'exil n°28. Jeune École 2008. www.comede.org

9 CAA Lyon 24 février 2011 N°09LY01009

10 Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique communiqué du 8 octobre 2007. www.smisp.fr

Fin 2010, de nombreux médecins et sociétés savantes se sont mobilisés pour défendre le droit au séjour des étrangers malades, ceci pour des raisons qui tiennent à la fois à la protection de la santé individuelle, à la santé publique et au coût économique qu'engendrerait le retard aux soins pour des personnes atteintes de maladie grave. Malgré cette mobilisation qui se sera poursuivie tout au long du premier semestre 2011¹¹, la loi finalement adoptée inclut non seulement la modification incriminée des termes de la protection des étrangers malades, mais l'assortit en outre d'un nouveau volet « humanitaire », appréciée par « l'autorité administrative »¹².

Les médecins pourront-ils continuer à exercer leur mission de protection de la santé et de la continuité des soins dans le cadre d'une telle réforme ? Ce sera difficile : le ministère de l'Intérieur a publié sa circulaire d'application le jour même de la promulgation de la loi, donnant incidemment ses propres recommandations aux médecins concernant les étrangers vivant avec le VIH. En dépit des engagements publics pris devant les associations à l'été 2011, il aura fallu attendre cinq mois pour que le ministère de la Santé diffuse enfin ses propres instructions aux Médecins des agences régionales de santé¹³.

L'auteur

Arnaud Veisse est directeur du Comede, Comité médical des exilés.