

DOCTORS
ÄRZTE D
DO 世界の医療団
O MUNDO MÉD

DOSSIER ELECTIONS 2012

COS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के
र MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم
'E DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF
の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织



**Le meilleur système
de santé au monde ?**

70%

des enfants que nous soignons,
ne sont pas à jour de leurs vaccinations.

Il y a des politiques qui rendent malade !



On continue comme ça ou on décide d'agir
pour un système de santé vraiment solidaire ?
Votez santé !
www.medecinsdumonde.org



Conception et réalisation : www.medecinsdumonde.org - Photographie : Peter Eisenmann/Fluxus

Le meilleur système
de santé au monde ?



1/4

des personnes qui nous consultent se font soigner trop tard.

Il y a des politiques qui rendent malade!



On continue comme ça ou on décide d'agir
pour un système de santé vraiment solidaire?
Votez santé!
www.mdecinsdumonde.org



Le meilleur système
de santé au monde ?



68%

des femmes enceintes qui nous consultent
n'ont pas accès aux soins prénataux.

Il y a des politiques qui rendent malade!



On continue comme ça ou on décide d'agir
pour un système de santé vraiment solidaire?
Votez santé!
www.mdecinsdumonde.org



Le meilleur système
de santé au monde ?



80%

des personnes qui nous consultent
n'ont que cette couverture contre les maladies.

Il y a des politiques qui rendent malade!



On continue comme ça ou on décide d'agir
pour un système de santé vraiment solidaire?
Votez santé!
www.mdecinsdumonde.org



Le meilleur système
de santé au monde ?



1,2/1 000

personnes en logement précaire sont atteintes par la tuberculose.

Il y a des politiques qui rendent malade!



On continue comme ça ou on décide d'agir
pour un système de santé vraiment solidaire?
Votez santé!
www.mdecinsdumonde.org



LE MEILLEUR SYSTÈME DE SANTÉ AU MONDE ?

→ **2012 : Le système de santé est malade et ce sont les personnes précaires qui en souffrent le plus.**

Démarrée bien avant la crise, la remise en cause d'un accès équitable aux soins s'est amplifiée depuis 2008. Pourtant, sacrifier la santé publique est un non-sens économique. Se soigner plus tard, pour des soins plus lourds revient plus cher à la collectivité. Sans parler du coût humain.

De plus, les personnes vulnérables subissent une politique de harcèlement qui les éloigne du soin. Stigmatisées, elles se retrouvent dans une logique de survie. Approches financières du soin, approches répressives des situations de détresse : il y a des politiques qui rendent malades.

Face à ce diagnostic, Médecins du Monde prescrit un traitement d'urgence accompagné d'un traitement de fond. Aux candidats de s'engager à le suivre. Leur indifférence aggraverait l'urgence sanitaire désormais aux portes du système de santé français.

DÉTRESSE SANITAIRE

Parmi les personnes malades soignées par les équipes de Médecins du Monde :

→ **85 %** n'ont aucune couverture maladie

→ **1/4** viennent se faire soigner trop tardivement

→ **68 % des femmes enceintes**
n'ont pas accès aux soins prénataux et plus de la moitié présente un retard de suivi de grossesse

→ **2/3 des enfants** ne sont pas suivis par une PMI
et 2/3 des enfants de moins de 6 ans ne sont pas à jour dans leurs vaccinations

Aujourd'hui en France, la tuberculose touche 120 personnes à la rue sur 100 000, soit 15 fois plus qu'en population générale.

COMMENT LA SANTÉ EST DEVENUE UN PRODUIT DE LUXE

LE DIAGNOSTIC un système de santé solidaire, jusqu'où ?

■ Reste à charge et retard aux soins

La quasi-totalité (98%) des patients de Médecins du Monde vit sous le seuil de pauvreté. Un peu moins de 30% des patients reçus indiquent exercer une activité pour gagner leur vie et 83% ne disposent d'aucune ressource officielle.

Pénalisés par la crise économique, les plus démunis le sont aussi par les dépassements d'honoraires, les refus de soins, la baisse des remboursements de l'assurance maladie et l'augmentation du reste à charge.

L'assurance maladie ne rembourse plus les soins courants qu'à hauteur de 55%¹ avec des répercussions immédiates pour les patients pauvres :

- 2008 : franchise de 0,50 euros sur les médicaments et actes paramédicaux et de 2 euros pour le transport
- 2010 : augmentation du forfait hospitalier (18 euros par jour, 13,50 euros en psychiatrie)
- 2011 : exclusion de l'hypertension artérielle sévère de la liste des Affections Longue Durée
- Entre 1980 et 2008, le reste à charge est ainsi passé de 217 à 547 euros par personne et par an².

Conséquences : en 2011, 30% des Français ont déclaré retarder ou renoncer aux soins faute de moyens. Dans les centres de Médecins du Monde, 24% des patients ont consulté trop tardivement en 2011. Un chiffre multiplié par 2 par rapport à 2007 où ils étaient 11%³.

■ Les complémentaires santé : pas pour tout le monde

Souscrire à une mutuelle est donc de plus en plus nécessaire mais de plus en plus coûteux : la part du revenu des ménages consacrée aux mutuelles varie de 3% pour les plus riches à 10% pour les plus pauvres⁴. **6% des assurés n'ont pas de complémentaire soit 4 millions de personnes.**

La situation la plus paradoxale est celle des personnes trop « pauvres » pour payer une mutuelle mais trop « riches » pour bénéficier de la Couverture Maladie Universelle-Complémentaire (CMU-C). Elles se situent sous le seuil de pauvreté (moins de 954 euros par mois) mais disposent de ressources « trop importantes » pour bénéficier de la CMU-Complémentaire (moins de 648 euros par mois) et doivent donc payer des franchises pour chaque soin. C'est le cas des personnes allocataires de certains minima sociaux comme l'allocation aux adultes handicapés ou le minimum vieillesse.

■ Le droit aux soins des étrangers pauvres remis en cause

La loi sur la CMU a créé un système spécifique pour les étrangers en situation irrégulière pauvres (moins de 648 euros par mois) : l'aide médicale d'État (228 000 personnes). Un dispositif régulièrement mis à mal depuis sa création. En 2011, l'AME est ainsi devenue payante avec la mise en place d'un droit d'entrée de 30 euros. Un obstacle majeur pour des personnes vivant sous le seuil de pauvreté, qui risquent de différer leurs soins. Une mesure contraire aux recommandations du rapport rendu en 2010 par l'IGAS et l'IGF soulignant ses effets néfastes sur la santé des personnes et son caractère contre-productif en termes économiques et de santé publique.

Fin 2011, avec, à Paris, la décision d'interdire le dépôt de dossiers d'AME dans les CPAM de quartier et de cantonner les demandes dans deux centres uniquement, l'assurance maladie se désengage et se repose désormais ouvertement sur les associations comme Médecins du Monde pour gérer la santé des plus précaires.



AME : une politique assumée de restriction des droits

➤ **Jusqu'en 1993**, les sans-papiers qui travaillent bénéficient de la sécurité sociale. Les sans-papiers démunis bénéficient d'une aide sociale, l'aide médicale.

➤ **En 1993**, exclusion des sans-papiers de la sécurité sociale. Plus rien n'est prévu pour ceux qui travaillent. Les plus démunis continuent à bénéficier de l'aide médicale réduite à l'aide hospitalière.

➤ **En 1999**, création pour les sans-papiers démunis de l'aide médicale d'État (AME) distincte de la CMU.

➤ **2004** : obligation de prouver 3 mois de présence continue en France pour obtenir l'AME.

➤ **2011** : droit d'entrée de 30 euros pour l'AME, mesures de restrictions du panier de soins, entente préalable pour les soins coûteux à l'hôpital.

1- Legal R, Raynaud D, Vidal G, Comptes nationaux de la santé 2009, DREES, n°149, septembre 2010

2- IRDES : Question d'économie de la santé, n°161, janvier 2011.

3- Rapport de l'Observatoire, Médecins du Monde, octobre 2011

4- Q éco santé, janvier 2011

Un frein supplémentaire dans un système déjà complexe : procédures administratives lourdes, demande abusive de pièces administratives, multiples guichets, difficultés d'identification des médecins en ville, refus de soins, barrière de la langue.... Les 30 euros viennent alourdir un dispositif très complexe.

Conséquences : en 2011, 82 % des patients reçus à Médecins du Monde n'ont aucune couverture maladie alors qu'ils y ont droit.

Des difficultés d'accès aux soins qui entraînent un retard aux soins voire une absence de prise en charge des pathologies lourdes et chroniques : hypertension artérielle, diabète, troubles psychiques. Dans près de 45 % des consultations MdM, les pathologies rencontrées nécessiteraient un suivi d'au moins 6 mois.

LE TRAITEMENT

Une carte vitale pour tous

En urgence

- Supprimer les mesures restrictives à l'AME dont le droit d'entrée de 30 euros.
- Porter le seuil d'attribution de la CMU-complémentaire au niveau du seuil de pauvreté

Traitement de fond

- Une CMU vraiment universelle : fusion de l'AME dans la CMU.



DES POLITIQUES QUI RENDENT MALADES

▾ Les arrestations se multiplient, les expulsions sont quotidiennes, la pression policière est constante sur les terrains et auprès des personnes que soigne Médecins du Monde : usagers de drogues, personnes se prostituant, Roms, sans domicile, squatters, sans-papier... Des populations boucs émissaires, criminalisées. Avec des effets immédiats sur l'état de santé et le suivi des prises en charge. Avec des difficultés pour les équipes MdM de poursuivre leur aide et d'apporter les soins essentiels.

Des décisions politiques prises pour répondre à des enjeux sécuritaires mais qui ne tiennent délibérément pas compte des recommandations portées par les rapports d'experts (IGAS, IGF, INSERM, CNS, CNLE...) en matière de santé publique.

LE DIAGNOSTIC politiques répressives vs santé publique

Touchés directement par la crise économique, les plus précaires le sont tout autant par des politiques répressives qui visent, depuis plusieurs années et de manière déterminée, à les rendre moins visibles, à les dissuader de rester sur le territoire français, quitte à mettre en danger leur vie, quitte à stigmatiser davantage certaines communautés, au mépris des principes de santé publique et des droits fondamentaux.

Par la peur qu'elles engendrent au quotidien et les conditions de survie qu'elles génèrent, ces politiques répressives ont des impacts négatifs sur la santé publique : elles entraînent des ruptures de soins ou de vaccinations, empêchent les malades de se rendre dans les centres de santé. Les équipes de soins ont du mal à accéder à ces personnes qui se cachent ou fuient. 58% des personnes sans papiers reçues à MdM déclarent limiter leurs déplacements de peur d'être arrêtées.

Face aux situations de détresse, la réponse est désormais plus sécuritaire que sociale et cette politique de rejet conduit à un épuisement et une mise en danger des plus précaires. Ce sont les enjeux de santé publique qui passent en second, derrière les impératifs sécuritaires.

■ Prostitution : la relégation

En 2003, la Loi pour la Sécurité Intérieure (LSI) a réintroduit le délit de racolage passif, reléguant les personnes se prostituant, vers des lieux plus isolés, donc plus dangereux. Des lieux où elles sont moins aptes à négocier des pratiques sexuelles protégées et sont plus vulnérables aux violences. En les rendant moins visibles, cette loi a éloigné les personnes se prostituant des structures de soins et de prévention. Perçues comme des délinquantes, la loi alimente le mépris et l'agressivité à leur égard, renforce le sentiment d'impunité des clients et le harcèlement des forces de l'ordre.

La LSI a donc des conséquences négatives sur l'accès aux soins et sur la prévention. Une politique de pénalisation et de répression néfaste pour leur sécurité et contre-productive en termes de santé publique et de réduction des risques.

Le projet de loi visant à pénaliser les clients ne ferait que renforcer l'isolement des personnes se prostituant, les rendant encore moins visibles et donc plus vulnérables aux violences et aux pratiques à risques.



© Benoit Guénot



© Benoit Guénot

■ Roms : le rejet

Citoyens européens depuis 2007, les ressortissants roumains et bulgares, dont les Roms, sont pourtant considérés comme des citoyens de seconde zone, placés sous le coup de « mesures transitoires » imposées par la France jusqu'à fin 2013. Ces mesures limitent leur accès à un emploi (autorisation de travail spécifique nécessaire, taxe à payer par l'employeur, liste limitative d'emplois...) et donc leur séjour en France puisqu'au-delà de trois mois de présence, les européens inactifs et sans ressources se retrouvent en situation irrégulière. Ils ne peuvent accéder à une couverture maladie et sont continuellement menacés d'expulsions. Les Roms vivent en France dans un climat de peur, alimentée par des intimidations répétées, des procédures administratives de reconduites à la frontière irrégulières, des gardes à vue non justifiées, des contrôles de police systématiques.

Après chaque expulsion de terrains qui s'accompagne le plus souvent de la destruction de leurs campements, aucune proposition de relogement n'est faite. État et collectivités territoriales se renvoient la responsabilité. Cette politique de rejet ne fait que pousser un peu plus dans la précarité une population déjà fragilisée.

Ces expulsions à répétition ont des conséquences lourdes sur la santé : ruptures de soins et de traitements pour des patients atteints de maladies chroniques telles que la tuberculose et le diabète, interruption de campagnes de prévention et vaccination, même en contexte épidémique, éloignement du système de santé...

Une situation qui conduit à un véritable épuisement des personnes. En 2010, Médecins du Monde a mené une enquête sur la couverture vaccinale des populations roms : seuls 8 % des Roms ont un carnet de santé confirmant que leurs vaccins sont à jour. La majorité n'est donc pas couverte par les vaccins obligatoires ou recommandés alors que 90 % des personnes interrogées accepteraient de mettre à jour leurs vaccinations. Seuls 55 % des Roms sont vaccinés contre Rougeole, Oreillons Rubéole (ROR) - contre 90 % de la population générale -, alors même qu'une épidémie de rougeole est de retour en France et en Europe depuis 2008.

■ Demandeurs d'asile : l'errance

En France comme en Europe, le droit d'asile est mis à mal depuis 2003. Le nombre de statuts de réfugiés accordés par l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) baisse chaque année et les conditions d'accueil se dégradent : la restriction à un ou deux préfets, seuls habilités à traiter les demandes en région, obligent les demandeurs d'asile à se concentrer dans certaines villes pour présenter leurs dossiers. Les capacités d'accueil dans les CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile) y sont rapidement dépassées, poussant dans la rue de plus en plus de personnes, dont des familles avec enfants. Le règlement européen « Dublin II », qui permet aux États de transférer tout demandeur d'asile vers le premier pays d'Europe par lequel il est entré, a également créé des zones de concentration dans certains pays (Grèce, Italie, Pologne...), alors qu'ils n'ont que peu de chances d'y obtenir des droits. Avec le taux d'accord le plus bas d'Europe, la Grèce supporte ainsi, malgré la crise, les conséquences des politiques migratoires européennes. Dublin II condamne donc les demandeurs d'asile à l'errance.

■ Étrangers gravement malades : l'abandon

En 2011, le droit au séjour des étrangers gravement malades (DASEM) résidant en France a été démantelé par la dernière loi immigration. Les étrangers malades pourront désormais être renvoyés dans leur pays d'origine, si le traitement y est présent, sans forcément être effectivement accessible. Peu importe que le traitement ne soit pas disponible en quantité suffisante ou qu'aucun suivi médical ne soit possible. En cas d'expulsion du territoire, cela signifiera la mort à court ou moyen terme pour les étrangers gravement malades (28 000 personnes). Craignant d'être expulsées, ces personnes sont poussées vers la clandestinité, sans prise en charge médicale, avec de lourdes conséquences pour leur santé et des risques pour la santé publique.

LE TRAITEMENT

En urgence :

- **Abroger le délit de racolage passif (article 50 de la Loi de Sécurité Intérieure) et rejeter le projet de loi visant à pénaliser les clients.**
- **Arrêter les expulsions durant les campagnes de prévention et de vaccination.**
- **Rétablir la protection des étrangers gravement malades qui n'ont pas un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine.**

Traitement de fond :

- **Mettre fin aux pratiques abusives de distribution collective d'OQTF (obligation à quitter le territoire français).**
- **Lever les mesures transitoires concernant les citoyens européens, roumains et bulgares.**
- **Rétablir un véritable droit d'asile et supprimer le dispositif Dublin II.**

HABITAT PRÉCAIRE & SANTÉ

▾ La politique publique du logement n'assure plus la protection minimale des personnes vivant dans la rue ou dans un habitat précaire : coupes budgétaires, dispositif d'hébergement d'urgence saturé, remise à la rue de personnes sans solution alternative ...

LE DIAGNOSTIC négligence à tous les étages

■ La crise de l'hébergement d'urgence

Depuis 2001, le nombre de personnes à la rue ne cesse d'augmenter : 133 000 personnes sont sans domicile (Insee, 2011). Sur le terrain, les équipes de MdM constatent l'absence de solutions à des situations d'extrême urgence sanitaire : personnes malades sans solution d'hébergement même pour un soir, patients orientés en dernier recours vers les hôpitaux pour y passer la nuit, familles avec enfants en bas âge remises à la rue, manque de places dans les centres d'accueil des demandeurs d'asile... Selon l'enquête menée par Médecins du Monde durant l'hiver 2010/2011, la moitié des personnes signalées par les équipes MdM au 115 sont restées à la rue, dans 32 % des cas par manque de places.

« Femmes et enfants sans domicile fixe » : En 2010, seuls 23 % de patients reçus dans les centres de soins de MdM ont un logement stable, deux fois moins qu'il y a dix ans. Près d'un mineur sur dix vit dans la rue ainsi que 8 % des femmes enceintes. Cette situation a des conséquences sur le suivi de leur grossesse : plus de la moitié des femmes reçues par MdM présente ainsi un retard de suivi de grossesse et 68 % d'entre elles n'ont pas accès aux soins prénataux⁵.

Des réponses d'urgence inadaptées pour les personnes en situation de grande exclusion : le nombre de places d'hébergement d'urgence reste insuffisant et surtout les structures sont

inadaptées : promiscuité, séparation des couples et des familles, violences et vols, absence de chenils...

Pour les personnes malades en particulier, l'offre d'hébergement est limitée aux seuls Lits Halte Soins Santé. Les personnes atteintes de maladies chroniques, d'alcoolisme, de toxicomanie non sevrée ou de schizophrénie manquent de lieux d'hébergement médicalisés adaptés à leurs pathologies.

En attendant un logement autonome et pérenne, l'État doit se donner les moyens de garantir l'application du principe d'accueil inconditionnel, c'est-à-dire quelque soit le statut administratif, en mettant à disposition une offre d'hébergement suffisante, y compris en dehors de la période hivernale. Un accompagnement médico-social adapté aux parcours et aux besoins des personnes doit être proposé.

© Gaëlle Simon



5- Rapport de l'Observatoire, 2010, Médecins du Monde, octobre 2011.



■ Dans les squats et bidonvilles, le retour des maladies de la misère

Les personnes vivant dans les squats ou les bidonvilles, dont les populations roms, sont condamnées à des conditions de vie déplorables, sans eau potable ni électricité, et menacées par des expulsions continues.

Ces expulsions à répétition sans proposition de relogement ont des effets désastreux sur la santé : changement de lieux de vie dans l'urgence avec perte des effets personnels (dont les médicaments) et des documents officiels, rupture des traitements et des campagnes de vaccination...

L'absence d'eau potable, de toilettes et de ramassage des déchets sur la majeure partie des terrains roms génère des pathologies dermatologiques et digestives parfois graves (dermatoses infectieuses, surinfections de plaies, parasitoses intestinales, diarrhées...). Les squats ou bidonvilles présentent également de nombreux dangers : incendies, risque d'effondrement, intoxication, saturnisme.

Ces conditions de vie extrêmement précaires exposent aussi ces populations à un fort risque de complications de maladies épidémiques (coqueluche, rougeole) ou à la tuberculose. Des « maladies de la pauvreté » qui resurgissent. En 2009, la tuberculose touchait en France 8 personnes sur 100 000 en population générale. Pour les personnes à la rue, la prévalence était de 120 pour 100 000 personnes soit près de 15 fois plus⁶.

6- Bulletin épidémiologique hebdomadaire, juin 2011

LE TRAITEMENT

En urgence

- Arrêter les expulsions sans solution de relogement.
- Garantir une mise à l'abri d'urgence inconditionnelle et non saisonnière des personnes à la rue.
- Assurer un accès à l'eau potable sur les lieux de vie.

Traitement de fond

- Proposer aux personnes à la rue des solutions d'hébergement adaptées en créant des structures ouvertes toute l'année, en nombre suffisant et conçues en fonction des besoins des personnes, notamment pour les malades.
- Proposer des solutions d'habitat stable aux personnes vivant sur des terrains impropres à l'habitation (terrains vagues, bidonvilles...) expulsées ou menacées de l'être.

FACE À LA DÉTRESSE SANITAIRE, DES RÉPONSES NOUVELLES



© Virginie de Gatzain

➤ Les politiques répressives de lutte contre la drogue, la prostitution ou l'immigration sont humainement dramatiques, économiquement coûteuses et contre-productives en termes de santé publique. Face aux situations de détresse, d'autres réponses, pragmatiques, existent. Des solutions innovantes ont fait leurs preuves en Europe. Certaines sont actuellement testées en France, dans la mesure où la législation française et les politiques actuelles le permettent.

■ Drogues : apprendre pour limiter les risques

La consommation de drogues a notablement augmenté ces dernières années⁷ et l'épidémie d'hépatite C (VHC) explose chez les usagers (40% à 60% des usagers par voie injectable). Les politiques de la « guerre contre la drogue » sont remises en cause par les Nations Unies qui recommandent la réorientation rapide vers des politiques de santé publique. Leur constat étant que « la criminalisation des utilisateurs de drogues illicites alimente l'épidémie de VIH et a eu des retombées essentiellement négatives sur la santé et la société. »

Plusieurs pays européens sont en avance sur la France en matière de réduction des risques liés à l'usage de drogues. Le principe est toujours le même : aller vers les usagers de drogues dans une approche soignante, les informer sur les risques et leur distribuer du matériel de prévention. Des réponses qui ont fait leurs preuves. Pourtant, les dispositifs destinés à sensibiliser et éduquer les usagers afin de limiter les risques ne sont toujours pas privilégiés en France et la création de salles de consommation n'a pas été autorisée, même à titre expérimental.

UN PROGRAMME PILOTE, L'ERLI

Pour lutter contre l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues, l'innovation passe par la prise en compte de la réalité des consommateurs, leur contexte de vie, leurs usages. MdM a lancé en 2010 un programme d'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI). Au cours d'un nombre déterminé de séances, l'usager utilise devant les intervenants le produit qu'il consomme

habituellement. L'objectif est de travailler avec lui, à partir de ses pratiques, à l'acquisition de compétences lui permettant de mieux se protéger. Ce programme fait l'objet d'une recherche financée par l'ANRS en partenariat avec AIDES et l'Inserm.

SALLE DE CONSOMMATION

Depuis 6 ans, Médecins du Monde a mis en place une « salle de consommation supervisée » à Bilbao. Financée par le ministère de la santé espagnol, cette salle qui accueille anonymement les toxicomanes a fait la preuve de son efficacité. Les salles de consommation peuvent accueillir plusieurs usagers, qui viennent consommer leurs produits dans des conditions d'hygiène et de sécurité sous la supervision d'une équipe médicalisée. Ces structures permettent de réduire les risques immédiats de l'injection, notamment les overdoses.

INNOVATIONS

- Réorienter les crédits publics consacrés à la lutte contre la drogue vers des approches de réduction des risques.
- Accroître l'offre de soins innovante pour les usagers de drogues : traitements de substitution accompagnés, éducation aux risques liés à l'injection, tests de dépistages rapides, salles de consommation, analyse de drogues.
- Décriminaliser la consommation de produits psychoactifs licites ou illicites.



■ Personnes à la rue et santé mentale : inventer de nouvelles approches

Plusieurs lieux ouverts à l'initiative d'associations, dont MdM, montrent que des solutions originales et tenant compte des besoins spécifiques des personnes sans domicile existent. À Toulouse, la Halte de nuit ouverte de décembre à mars comprend des espaces isolés pour les hommes, les femmes, les couples et un espace de vie. Les chiens y sont acceptés. Ces initiatives sont pensées avec les personnes précaires qui apportent une « expertise d'usage » dans l'élaboration des projets.

Un tiers environ des personnes sans domicile souffre de pathologies mentales⁸, la santé mentale des plus précaires est aussi un enjeu majeur : à Marseille, « le Marabout du 46 » est un lieu de vie communautaire ouvert le jour pour toute personne à la rue, et un habitat privé de nuit pour les personnes ayant besoin d'un suivi psychiatrique. L'objectif est d'apporter une aide médicale et sociale coordonnée autour de chaque personne.

Médecins du Monde et l'Assistance publique Hôpitaux de Marseille ont également mis en place une équipe en santé mentale « de rue » qui s'appuie sur des soignants mais aussi sur des « travailleurs pairs » ayant une expérience personnelle de la rue. Des lits halte soins santé en psychiatrie complètent le projet pour les personnes dont l'état nécessite un temps de repos sans passer par une hospitalisation.

INNOVATIONS

- Mettre en place des solutions alternatives d'habitat, pensées avec les personnes.
- Développer les équipes mobiles de psychiatrie de proximité avec des travailleurs pairs.

■ Prévention : équipes mobiles, médiation, travailleurs pairs et tests de dépistage rapide

La politique de prévention en santé est inadaptée pour les plus précaires. Alors qu'ils sont plus exposés aux risques de maladies infectieuses et chroniques, ils n'iront pas se faire vacciner ni dépister : par peur de se déplacer, par méconnaissance des dispositifs et face à un système sanitaire trop complexe. Seule une politique « d'aller vers » permet de toucher les plus exclus, surtout dans un contexte sécuritaire : équipes mobiles ; campagnes de vaccination en période épidémique et de dépistage organisées dans les quartiers isolés, les squats ou les bidonvilles ; tests de dépistages rapides du VIH et des hépatites, les tests de dépistage rapides du VHC n'étant pas encore autorisés.

La médiation en santé est aussi un outil efficace de la prévention auprès des populations précaires : elle permet une meilleure adhésion aux campagnes de vaccinations et de dépistage, aux programmes de réduction des risques ou aux protocoles thérapeutiques. De même les travailleurs pairs, directement issus des communautés, sont les mieux à même de faire partager les messages de prévention. Ce type d'interventions a été mis en œuvre par MdM avec succès à Cayenne sur la prévention VIH, en Ile de France auprès des Roms, à Nantes auprès des personnes se prostituant.

INNOVATIONS

- Autoriser les tests de dépistage rapides VHC en complément des tests de dépistage rapides du VIH lors d'actions mobiles.
- Proposer des vaccinations à proximité des lieux de vie des plus précaires, surtout en période épidémique.
- Valoriser la médiation en santé publique et professionnaliser le métier de médiateur en santé publique.
- Développer la reconnaissance professionnelle des travailleurs pairs.



DÉTRESSE SANITAIRE : LE TRAITEMENT PRESCRIT PAR MÉDECINS DU MONDE

La France fait face à une urgence sanitaire qui s'aggrave avec la crise. Les équipes de Médecins du Monde rencontrent au quotidien des populations contraintes de choisir entre se soigner et assurer d'autres besoins essentiels.

Les politiques menées ne répondent pas à ces enjeux de santé publique, entraînant ruptures de soins et arrêt des traitements. Les équipes de MdM qui interviennent auprès des plus précaires ne peuvent parfois plus assurer la continuité des soins et travailler en accord avec la déontologie médicale.

**Face à ce diagnostic, d'autres réponses sont possibles.
MdM prescrit aux candidats un traitement d'urgence.
À eux de s'engager à le suivre.**

CONTACT PRESSE

Florence Priolet
Agnès Varraine Leca
Léa Carniglia

01 44 92 14 31 / 14 32 / 15 23
06 09 17 35 59

www.medecinsdumonde.org