

Étude sur la préservation de la santé, l'accès aux soins et les droits de l'homme

Texte adopté le 19/01/06

Dans le cadre de son mandat et de sa compétence, donc sans prétendre à une analyse exhaustive et technique de la santé en France ni vouloir dupliquer des travaux déjà entrepris dans d'autres enceintes expertes en la matière, la CNCDH a procédé à une réflexion sous l'angle des droits de l'homme. Elle a entrepris la présente étude qui conclut par la nécessité de réfléchir à une nouvelle approche pour la définition, l'organisation, et la mise en œuvre d'une politique de santé publique appropriée *afin de* rendre effectif le droit à la santé. Les recommandations issues de cette étude sont mises en évidence dans l'avis ci-joint.

I - Le paradoxe des inégalités dans l'accès à la santé

A. Des inégalités sociales et géographiques insupportables au regard des droits de l'homme

B. Des risques de dérive liés à l'évolution du système de soins

C. Des défaillances criantes

- 1/ La préservation de la santé des personnes en situation de précarité
- 2/ Les restrictions de l'Aide Médicale d'Etat (AME)
- 3/ L'accès des détenus à la santé

II – Le paradoxe du déséquilibre soins prévention

A. Constat du déséquilibre dans l'accès à la santé des enfants et des jeunes

- 1/ Des enjeux considérables
- 2/ La petite enfance : la prévention en second plan
- 3/ La médecine scolaire : des investissements mal ciblés
- 4/ La médecine étudiante : insuffisances considérables pour usagers vulnérables

B. Le déséquilibre soins –prévention flagrant dans le monde du travail

- 1/ Des facteurs des risques négligés
- 2/ Un système de prévention des risques professionnels à moderniser
- 3/ L'opposition entre deux logiques, médicale et comptable
- 4/ L'inégalité dans l'accès à la médecine du travail

C- La psychiatrie, révélateur des difficultés d'une politique de prévention

III- La nécessité de repenser une véritable approche de santé publique

A. Une prise de conscience des enjeux d'une politique de santé publique

- 1/ Organiser une politique globale et intégrée de santé publique
- 2/ Universalité et regard populationnel

B. L'universalité, responsabilité au-delà des frontières

I – Le paradoxe des inégalités dans l'accès à la santé

« Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées » (Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé¹)

S'interrogeant sur la santé en France sous l'angle des droits de l'homme, la CNCDH s'est naturellement penchée en premier lieu sur la question de l'universalité réelle du droit à la santé à l'échelle nationale. C'est sur la base de nombreux témoignages et analyses concordantes qu'elle utilise le terme de « paradoxe » : car le constat maintenant largement admis est que bien qu'il soit possible de préserver notre santé, nous sommes loin d'être égaux devant cette perspective. Si l'espérance de vie à la naissance passe en France dans le courant du XX^{ème} siècle de moins de 50 ans à 76,7 ans pour les hommes et 83,8² pour les femmes, les inégalités sociales et géographiques sont frappantes. Et l'exclusion de certaines catégories de population telles que les personnes en situation de précarité, les détenus, et les étrangers interrogent sur la garantie effective du droit à la santé en France au regard du principe de non discrimination consacré dans de nombreux textes internationaux et nationaux, et au nom des valeurs républicaines. Ces constats sont ainsi des failles importantes dans un système qui pourtant a pour objectif l'égal accès aux soins très largement remboursés par le système de protection collective, et qui peut se targuer de résultats peu contestables en ce qui concerne cette optique de généralisation d'accès.

Ces difficultés s'inscrivent dans un contexte européen où les inégalités face à la santé représentent l'un des plus importants défis. Ainsi, deux rapports indépendants rédigés à la demande de la présidence britannique européenne³ par des experts en santé publique mettent en évidence les enjeux de politiques de santé publique qui doivent tendre à combler ces inégalités, et observent les politiques menées par les différents Etats membres afin de réduire les inégalités face à la santé. Dans le rapport intitulé « *Health inequalities : a challenge for Europe* », quatre types de pays sont distingués, selon le niveau de globalité et d'intégration de leur politique de santé publique. La France est considérée comme un pays dans lequel il est possible d'identifier différentes actions pour la réduction des inégalités, mais qui ne sont pas nécessairement liées à un plan d'ensemble. L'action de la France pour parvenir à une universalité du droit à la santé sur son territoire est donc très limitée⁴.

A. Des inégalités sociales et géographiques insupportables au regard des droits de l'homme

L'inégalité de l'espérance de vie selon les catégories sociales, thème jugé subversif il y a une vingtaine d'années, est une évidence reconnue. Ce constat ne s'efface pas avec le temps, et distingue notre pays dans la comparaison internationale.

En effet, la mortalité prématurée des hommes de 45 à 59 ans est de 30% supérieure à la moyenne pour les travailleurs manuels et de 26% inférieure à cette moyenne pour les travailleurs non manuels. La France

¹ L'Organisation mondiale de la Santé, institution spécialisée des Nations Unies pour la santé, a été fondée le 7 avril 1948. Comme il est précisé dans sa Constitution, l'OMS a pour but d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Dans ce même document, la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

² Données de 2004. Source : Insee, Bilan démographique, dans l'ouvrage « Tableaux de l'Économie Française (2005-2006) », disponible sur le site Internet www.insee.fr.

³ Le Royaume-Uni assume la présidence de l'Union européenne de juillet à décembre 2005.

⁴ Les PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins, institués par la loi du 29 juillet 1998) sont cités en exemple. Ces programmes font coopérer différents acteurs (société civile, services publics, professionnels de la santé, assurances, hôpitaux...) afin d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins pour les groupes les plus vulnérables. 26 régions participent et établissent leur propre plan basé sur leurs besoins prioritaires. Ces plans tiennent compte des différentes politiques locales de santé ou ayant lien avec la santé comme les politiques relatives à l'emploi ou au logement.

constitue à cet égard une exception parmi les pays d'Europe de l'Ouest. Ce constat peut être fait également s'agissant des hommes entre 60 et 64 ans. Des disparités comparables vont être retrouvées selon le niveau d'études. En revanche, s'agissant des indicateurs de morbidité⁵ déclarée, notre pays se range dans une moyenne. Les écarts de mortalité entre les départements les plus et moins favorisés sont de six ans pour les hommes, de trois ans et demi pour les femmes, de six à sept ans entre les départements d'outremer et la métropole.⁶

En outre, entre bassins d'emploi, ils sont entre 1973 et 1977 de 6,6 ans pour les hommes, de 3,6 pour les femmes, et, fait particulièrement inquiétant, se sont aggravés dix ans plus tard. Entre 1988 et 1992, ils sont de 10,1 pour les hommes et de 6,9 pour les femmes⁷. Il est en outre important de noter que ces écarts ne recouvrent pas les insuffisances ou discordances dans la densité médicale ou l'équipement en lits hospitaliers.

Les liens entre inégalités territoriales et inégalités sociales de santé sont frappants : une étude sur les inégalités intercantonnales de santé en 2003⁸ soulignait « la forte influence des déterminants sociaux, plus fortement corrélés aux facteurs de santé que les variables d'offre de soins. » Des zones « fragiles » sont ainsi identifiées. Ces zones devraient faire l'objet d'actions spécifiques dans le cadre d'une politique d'aménagement du territoire prenant en compte les nécessités d'une politique de santé publique nationale.

Deux faits sont de nature à renforcer l'inquiétude : en effet, ces inégalités se retrouvent lorsqu'on analyse l'impact des principales causes de décès prématurés, et elles ne semblent pas avoir tendance à s'effacer avec le temps.

La surmortalité du groupe « ouvriers-employés » pourra être constatée⁹ pour toutes les grandes catégories d'affections et principalement pour celles dont la fréquence est corrélée à la consommation d'alcool où les risques d'une mortalité prématurée sont dix fois plus élevés que pour les autres catégories ; de même trouve-t-on des écarts notables pour le diabète, les pathologies respiratoires, le cancer du poumon, etc. Dans tous ces domaines les taux globaux ont diminué entre 79-85 et 87-93, sans que les différences ne s'effacent.

Le même constat peut être fait pour la baisse du taux de mortalité périnatale et infantile, où les progrès d'ensemble n'effacent pas les disparités ; pour les enfants nés en 1984-1989, à un taux de 7,1 pour mille pour les cadres et professions intellectuelles correspond un taux de 10,7 pour mille pour les ouvriers et de 11 pour mille pour le personnel de service. S'agissant des maladies cardiaques, il n'y avait pas semble-t-il de différences notables dans les années 50, mais les progrès spectaculaires survenus depuis n'ont pas également profité à tous ; une baisse de 32% entre 1982 et 1990 recouvre des taux de 14% pour les ouvriers et employés et de 47% pour les cadres et professions libérales. Une exception concernait l'incidence du SIDA, mais entre 1986 et 1987 on le voit se renforcer chez le groupe des ouvriers et employés jusqu'alors relativement moins atteint.

⁵ La mortalité est à distinguer de la morbidité. En effet, le taux de mortalité est égal au nombre total de décès rapporté à une population donnée durant une période déterminée alors que le taux de morbidité est égal au nombre de personnes atteintes par une maladie rapportée à une population donnée durant une période déterminée.

⁶ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003, p.32, 346p.

⁷ Haut Comité de la Santé Publique, « la santé en France en 2002 », disponible sur le site <http://hcsp.ensp.fr>

⁸ Étude sur les inégalités intercantonnales de santé en 2003 réalisé par FNORS pour la Direction Générale de la Santé en 2003.

⁹ Source Mesrine 1998, dans rapport *Santé en France*, 2002, Haut Comité de la Santé Publique, p.169

En outre, l'écart de vie est établi à dix ans pour les personnes en situation de précarité, constat qui a amené le Conseil Économique et Social à relever en juillet 2003 dans son rapport et avis « *L'accès de tous aux droits de tous par la mobilisation de tous* »¹⁰ que « c'est peut-être au regard des écarts d'espérance de vie qu'apparaît le plus la gravité de laisser durablement des personnes et familles en dehors des droits fondamentaux », comme la santé, mais aussi le revenu, le logement, l'instruction, le travail...

L'observation attentive des disparités met en évidence un taux de mortalité prématurée sans doute évitable. Ainsi émerge l'idée que l'inégalité se situerait en amont du système de soins, dans l'incapacité des politiques de prévention de toucher ces catégories de citoyens moins fortunés ou moins éduqués et d'investir le champ des conditions de travail et des risques psychosociaux professionnels.

SELECTION DE TABLEAUX PARTICULIEREMENT REVELATEURS DES INEGALITES SOCIALES ET GEOGRAPHIQUES DE SANTE

▪ **Espérance de vie à la naissance par départements : comparaison DOM/ métropole**¹¹

La situation est moins bonne dans les DOM qu'en métropole. Chez les hommes, il y a près de 7ans d'écart pour l'espérance de vie.

	Hommes	Femmes
Max. métropole	77,2	83,9
Min. métropole	71,6	80,4
DOM	70,4	77,9
Ecart DOM / max. métropole	6,8	6

▪ **Espérance de vie à la naissance par zones d'emploi**¹²

L'écart entre zones d'emploi est plus important qu'entre départements ; il a tendance à s'accroître. Dans les années 1970, il y avait 7 ans de différence entre les bassins d'emploi les moins favorables et les plus favorables ; dans les années 1990, l'écart est passé à 10 ans.

Périodes	Écart sexe masculin	Ecart sexe féminin
1973-1977	6,6 ans	3,6 ans
1988-1992	10,1 ans	6,9 ans

¹⁰ Rapport et avis du CES n° 2003-12 « L'accès de tous aux droits de tous par la mobilisation de tous » adopté le 18 juin 2003 et publié le 26 juin 2003. Références : CESXOOO03011V.

¹¹ Drees. Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003, p.32, 346p.

¹² Haut Comité de la Santé Publique, « la santé en France en 2002 », disponible sur le site <http://hcsp.ensp.fr>.

- **Espérance de vie et probabilité de décès par catégorie socioprofessionnelle en France, cohorte Insee 1982-1996¹³**

Catégorie socioprofessionnelle en 1982	Espérance de vie à 35 ans (en années)		Probabilité de décéder de 35 à 65 ans (en %)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cadres et professions libérales	44,5	49,5	13	6,5
Agriculteurs exploitants	43	47,5	15,5	8
Professions intermédiaires	42	49	17	7
Artisans commerçants	41,5	48,5	18,5	7,5
Employés	40	47,5	23	8,5
Ouvriers	38	46	26	10,5
Différence d'espérance de vie entre ouvriers et cadres	6,5	3,5		
Rapport de probabilité de décès ouvrier / cadre			2	1,6

- **Rapport des taux de mortalité des hommes travailleurs manuels / non manuels âgés de 45 à 59 ans et de 60 à 64 ans en Europe¹⁴**

	45 à 59 ans	60 à 64 ans
France	1,71 (1,66-1,77)	1,50 (1,44-1,56)
Angleterre et pays de Galles	1,44 (1,33-1,56)	1,33 (1,22-1,45)
Irlande	1,38 (1,30-1,46)	a
Finlande	1,53 (1,49-1,56)	1,32 (1,27-1,37)
Suède	1,41 (1,38-1,44)	a
Norvège	1,34 (1,29-1,39)	1,28 (1,24-1,33)
Danemark	1,33 (1,30-1,36)	1,21 (1,18-1,24)
Suisse	1,34 (1,29-1,39)	1,27 (1,21-1,33)
Italie	1,35 (1,28-1,42)	a
Espagne	1,37 (1,34-1,39)	a
Portugal	1,36 (1,31-1,40)	a

- **Evolution de la mortalité des hommes en France selon les groupes sociaux de 1975 à 1995.¹⁵**

	1975-1980	1982-1987	1990-1995
Agriculteurs exploitants	1,3	1,2	1,3
Artisans, commerçants	1,4	1,3	1,3
Cadres et professions libérales	1	1	1
Professions intermédiaires	1,2	1,2	1,2
Employés	2,0	1,9	2,2
Ouvriers qualifiés	1,9	1,8	2,0
Ouvriers non qualifiés	2,6	2,5	2,4

¹³ Source Mesrine 19998, rapport « Santé en France » 2002, HCSP, p.169

¹⁴ Source Kuntz p.28 du rapport annuel de l'IGAS 2003 « Santé, pour une politique de prévention durable ».1997.

¹⁵ Source : HCSP, d'après Mesrine dans le rapport annuel de l'IGAS 2003 « Santé, pour une politique de prévention durable ». p.27

Une étude comparative des taux de mortalité respectifs des travailleurs manuels masculins et des travailleurs non manuels masculins en Europe 22 tend à montrer, à partir de quatre types de pathologie, que la France se situe bien dans une position défavorable :

- **Rapport entre le taux de mortalité des hommes travailleurs manuels et celui des travailleurs non manuels âgés de 45 à 59 ans en Europe.**¹⁶

	Cancer du poumon	Autres cancers	Pathologies cardiovasculaires	Pathologies gastro-intestinales
France	1,65	1,75	1,14	2,20
Angleterre, Pays de Galles	1,54	1,07	1,50	nd
Irlande	1,95	1,17	1,23	1,08
Finlande	2,20	1,14	1,47	1,37
Suède	1,46	1,11	1,36	1,58
Norvège	1,62	1,15	1,35	1,42
Danemark	1,51	1,09	1,28	1,65
Suisse	1,73	1,29	0,96	1,62
Italie	1,26	1,17	1,08	1,85
Espagne	1,38	1,31	0,98	1,59
Portugal	1,07	1,15	0,76	1,59

¹⁶ Source : Kuntz, 1997 dans le rapport annuel de l'IGAS 2003 « Santé, pour une politique de prévention durable ».

B. Des risques de dérive liés à l'évolution du système de soins

La CNCDH a entendu des témoignages autorisés et convaincants sur le très fort degré d'universalité de la prise en charge médicale, qu'il s'agisse des personnes bénéficiaires ou du panier de biens et de services ainsi rendus disponibles. Une longue marche de quarante ans parachevée par les réformes instaurant la CMU¹⁷, le maintien à un niveau bas du taux d'effort à la charge des ménages, fait que l'on ne peut pas affirmer que l'accès aux soins est fermé à certains faute d'argent. La préservation de cet acquis fait partie des objectifs annoncés alors même que la maîtrise des dépenses s'inscrit dans les politiques.

Mais cette affirmation optimiste a des faces cachées. En l'état actuel déjà, ces données ne traduisent pas nécessairement une égalité de qualité du service fourni, celui-ci comportant de nombreux composants non mesurables qui peuvent être très sensibles aux évolutions en cours.

En bref, on peut se demander si quarante années d'expansion n'ont pas d'elles mêmes largement porté non seulement une utilisation plus générale des soins mais aussi un surplus de prévention qui ne pouvait être distingué de l'activité remboursée. Cette analyse soulève donc des questions sur les réformes actuelles. Vont-elles se centrer davantage sur un parcours de soins et rationaliser les actes ou activités sujettes à remboursement?

Certains signes appellent à la vigilance. D'abord, en période de rationalisation des ressources publiques, nous reculons s'agissant des droits des plus démunis. Il s'agit là de la controverse née de l'application des réformes touchant l'aide médicale. Les plus défavorisés dans leurs relations avec les administrations ont été les premiers à ressentir un tournant dans la prise en charge de leurs soins. De façon plus insidieuse, il est clair que dès que l'on réduit le budget il réapparaît la tentation d'une médecine à deux vitesses. Elle peut s'exprimer par exemple lorsque certains praticiens diffèrent, voire refusent, la consultation des bénéficiaires de la CMU. Elle peut jouer au détriment des activités jugées peu gratifiantes, mangeuses de personnel et de temps.

Il faut enfin souligner que toutes les formalités administratives destinées à limiter les abus peuvent dissuader ceux qui ne savent pas bien tirer parti du système de soins. Un nombre non négligeable de questions remonte des personnels qui constatent l'effet dissuasif de prescriptions aujourd'hui plus méticuleuses en matière de contrôle. Or, la dissuasion n'a pas joué contre des fraudeurs, mais interrompu des soins diabétiques ou empêché des prises en charge dans les maladies mentales ou la toxicomanie, pour ne citer que quelques exemples de cas concrets signalés. Les règles sont établies dans un langage réservé aux initiés et toute consigne nouvelle a pour conséquence de déstabiliser l'environnement et la compréhension du demandeur; nous sommes actuellement en période de changement de consignes pour des raisons d'économie. Alors que la loi d'orientation de la lutte contre les exclusions demande un recentrage de l'action des CPAM¹⁸ sur les publics en situation de précarité ou de grande pauvreté, suivre des trajectoires de soins imposées par les CPAM et leur référentiel de soins, risque d'organiser deux circuits, un pour des gens qui n'ont pas beaucoup de moyens et un autre pour ceux qui en ont beaucoup. Cadrer les actes de soins en fonction du sujet « normal » mène fatalement à encourager les refus de prise en charge en structure de ville des soins des plus faibles, des plus pauvres, des patients à risque.

Or la dégradation progressive de l'état de santé chez un individu est d'autant plus rapide que s'accumulent chez lui les séquelles de nombreuses petites maladies mal traitées. C'est justement l'hypothèse que vérifient d'importants travaux conduits par l'Inspection générale des affaires sociales et qui concluent à un problème grave lié à l'inégalité devant la prévention et l'accès aux soins de premier recours. Tendances

¹⁷ Les réformes de la Couverture Maladie Universelle ont été instituées par la loi 27 juillet 1999.

¹⁸ Caisses Primaires d'Assurance Maladie

d'autant plus préoccupante qu'elle s'amplifie légèrement depuis la mise en place de la réforme de l'assurance maladie d'août 2004. Globalement, comme le souligne François-Paul Debionne¹⁹: « Saurons-nous retrouver la préoccupation de la personne humaine et du respect de sa dignité lorsque des économies rapidement mesurables risquent de primer sur les gains de santé à long terme ? »

C. Des défaillances criantes

*« L'égalité d'accès aux soins de santé et aux services liés à la santé est un aspect du droit à la santé sur lequel il convient d'insister. Les États ont pour obligation spéciale de garantir aux personnes dépourvues de moyens suffisants l'accès à l'assurance maladie et au dispositif de soins de santé, ainsi que d'empêcher toute discrimination fondée sur des motifs proscrits à l'échelon international dans la fourniture de soins de santé et de services de santé ».*²⁰

Corollaire du respect de la dignité humaine, l'universalité des droits de l'homme implique que le droit à la santé soit accessible à tous et sans discrimination. Néanmoins, force est de constater que la situation en pratique est autre. La CNCDH s'est concentrée sur les difficultés d'accès au droit à la santé des personnes et familles connaissant la précarité et des personnes en situation de grande pauvreté depuis longtemps, des étrangers, et des personnes détenues, ces situations étant particulièrement révélatrices. Le suivi des personnes étant un pilier de la préservation de la santé et de l'accès aux soins, cette préservation est mise à mal lorsque l'individu n'est pas considéré par l'Etat comme un usager de droit commun.

1/ La préservation de la santé des personnes en situation de précarité

Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004 met en évidence les différences sociales de morbidité (alors qu'auparavant on ne disposait que de statistiques de mortalité) : Il constate un état de santé dégradé, la progression des risques de mauvaise santé ou de décès le long d'un gradient social sur la quasi-totalité des pathologies ou accidents de santé étudiés, la sur représentation des troubles et maladies parmi les personnes en situation précaire apparaît dès le plus jeune âge. Il note également l'impact de multiples déterminants sociaux de la santé comme les conditions de vie, en particulier l'absence de logement pour les personnes vivant dans la rue, les conditions de travail, l'isolement social.

Les personnes concernées sont en nombre alarmant: Il y a 5 millions de pauvres en France, dont 2 millions vivant dans la grande pauvreté, et environ 10 000 personnes sont en situation de grande exclusion dans Paris intra muros.

Comme l'a souvent rappelé la CNCDH, et récemment dans son étude du 23 juin 2005²¹, la grande pauvreté est une violation de l'ensemble des droits de l'Homme. En conséquence, agir sur l'un des droits, comme la santé, modifie l'ensemble, mais n'agir que sur quelques uns ne permet pas de sortir de la situation de grande pauvreté, aussi bien les droits civils et politiques que les droits économiques, sociaux et culturels.

Dans l'ensemble, selon François Paul- Debionne, en France, le changement souhaité par la loi contre les exclusions et l'instauration de la CMU consiste à considérer les personnes et leurs familles dans leur globalité, à leur permettre de s'exprimer et de participer à leur santé. Si nombreuses sont les initiatives, dans tous les départements, pour créer les conditions d'un accès effectif aux soins et pour permettre aux

¹⁹ Responsable du groupement santé des Organisations Internationales Non Gouvernementales au Conseil de l'Europe

²⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, Observation générale n°14, citée plus haut.

²¹ Étude « L'indivisibilité des droits face aux situations de précarisation et d'exclusion », adoptée par la CNCDH le 23 juin 2005.

plus démunis d'exprimer leurs attentes et leurs capacités, cet objectif est loin d'être atteint. Pourtant ces démarches sont essentielles²².

Il faut rappeler aussi qu'une amélioration qui correspond à d'autres aspects de la vie comme avoir un travail ou un logement peut permettre un meilleur accès à la santé, etc.... Inversement la perte d'un travail, d'un logement, la séparation des familles, le placement des enfants, aggravent les difficultés de santé.

A côté de ces démarches positives, on assiste à un rejet des personnes défavorisées. Le choix par chaque assuré d'un médecin traitant, chargé de l'orienter, avec son accord, au mieux de ses besoins, devrait favoriser le soutien de chacun dans sa démarche de santé et la coordination de son dossier médical personnel, ce qui pourrait être une chance d'accès des plus pauvres à la prévention et aux soins. Or, c'est le contraire qui se passe dans les faits: c'est à l'hôpital ou par SOS médecin, qu'ils sont soignés maintenant car leur demande ne cadre pas avec un parcours de soin type, leur démarche de santé ne peut être calquée sur celle d'une personne qui a une vie avec les sécurités de base. Le recours aux soins hospitaliers et non à la médecine de ville est devenu une obligation de fait. Dans la mesure où les praticiens ont le droit de remplir ou non le dossier de médecin traitant on assiste à un renvoi dans les délais ou un renvoi simple des dossiers des plus pauvres, la gestion de leur dossier et parcours médical étant trop risqué et le risque financier trop important. L'Etat n'assume pas toujours ses engagements. Il doit rembourser dans les délais corrects le personnel médical (médecins et ambulanciers) qui prend des patients à la CMU. De plus, le coût des actes doit être rémunéré à son juste prix, et non pas en dessous du prix de revient comme c'est le cas pour les soins ophtalmologiques ou dentaires...

Des questions financières demeurent. L'aide à la mutualisation ne se met pas facilement en place et beaucoup abandonnent avant la fin de l'élaboration du dossier. L'avance des frais reste un obstacle majeur. Les visites de contrôle ne sont pas remboursées, ce qui est contraire à une politique de prévention.

En ce qui concerne la prévention financée par le Fond National de Prévention, Education, Information Sanitaire (FNPEIS), les personnes en grande pauvreté²³ ont pu dire combien elles étaient favorables à ce que l'on appelle la prévention primaire (contre l'alcool, le tabac, les accidents de la vie courante, le sida, l'hygiène bucco-dentaire, l'éducation nutritionnelle) à condition qu'elle concerne tout le monde, que les présentations soient simples, claires. Leur participation à des présentations sous forme de livret s'est montrée très fructueuse. Lorsque le public concerné est les enfants, l'action des parents est déterminante.

²² L'étude participative menée dans la région de Nancy, par exemple, par ATD-QUART MONDE, Nancy Ville Santé et Études et Développement, sur la relation soignant/soigné entre des professionnels de la santé et des personnes en situation précaire en 2003 ainsi que plus récemment un travail similaire sur « la prévention bucco-dentaire en milieu défavorisé » ont permis de créer un véritable « croisement de savoirs entre des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de réaliser des actes et gestes de santé. Elle montre que la problématique de la santé des plus démunis est particulière : elle se situe au-delà des questions financières. En effet, même si ces dernières étaient résolues, la démarche de santé pourrait ne pas se mettre en place. « Se soigner amène à subir un désagrément immédiat, une frustration à court terme pour un mieux-être à long terme, alors que vos conditions de vie vous empêchent de vous projeter dans le futur ». La démarche de santé paraît trop difficile : « aller régulièrement chez un dentiste, chez un docteur, faire une radio est lourd à gérer quand on gère sa vie au jour le jour ». L'éducation à la santé peut ainsi être comprise comme une frustration à court terme, donc une contrainte négative dans des conditions de vie insupportables. L'accès à la prévention peut aussi être ressenti comme hors d'atteinte lorsque les sécurités de base de la vie ne sont pas au rendez-vous (pas de lieu fixe pour la toilette, pas de nourriture équilibrée etc.) Les méthodes de prévention doivent être adaptées à ces populations et réfléchies avec elles afin de pouvoir ajuster celles-ci, les développer et les soutenir dans leur mise en oeuvre. Au-delà de l'image passive des plus pauvres devant leur prise en charge de la santé, ces travaux ont montré que si les conditions sont réunies (message préventif, accompagnement, ouverture immédiate de droits, prise en charge sans avance des frais, relation de confiance avec le soignant et participation de l'utilisateur à sa santé), une meilleure compréhension entre les professionnels de la santé et les plus démunis a un impact sur la motivation à prendre sa santé en main.

²³ Enquête auprès de personnes de la région de Nancy

Il faut dans la prévention associer les parents, le principe de base étant l'éducation à la santé de tous et non celui de moraliser les pauvres en portant un jugement de valeur négatif.

Les difficultés de santé d'ordre physique et psychique, y compris les handicaps peuvent être liées aux conditions de vie dans la pauvreté, qu'elles en soient la cause ou la conséquence ou encore qu'elles les aggravent. Ainsi des personnes ayant des troubles mentaux peuvent par exemple se retrouver dans des conditions précaires et à la rue notamment depuis la fermeture de lits d'hôpitaux.

Si les soins de base manquent pour une hygiène propice à une préservation de la santé, les difficultés de santé d'ordre psychique des personnes en situation de précarité, souvent reléguées au second plan malgré des initiatives et efforts de réseaux sur le terrain, sont d'importance majeure car déterminants de la situation future des personnes. D'autant que les nombreux troubles, difficiles à identifier, dont elles souffrent, compliquent l'accès aux soins et implique pour les équipes des rencontres répétées et régulières, et l'instauration d'un climat de confiance.

Si le développement récent d'institutions de proximité, comme le réseau « psychiatrie- précarité », marque une évolution, le manque de pérennité de certains postes constitue un obstacle important au bon fonctionnement de ces institutions.

Le mouvement continu des personnes vivant dans la rue constitue également un obstacle au suivi médical et social, auquel s'ajoutent de fréquents refus de recevoir de l'aide. Il s'agit d'un cercle vicieux qu'il appartient de briser en prenant acte des besoins, en leur accordant leur juste importance et en agissant de manière appropriée. Les personnes décédées dans la rue en période de grand froid sont notamment le reflet dramatique du manque de prévention et du déni de droits fondamentaux.

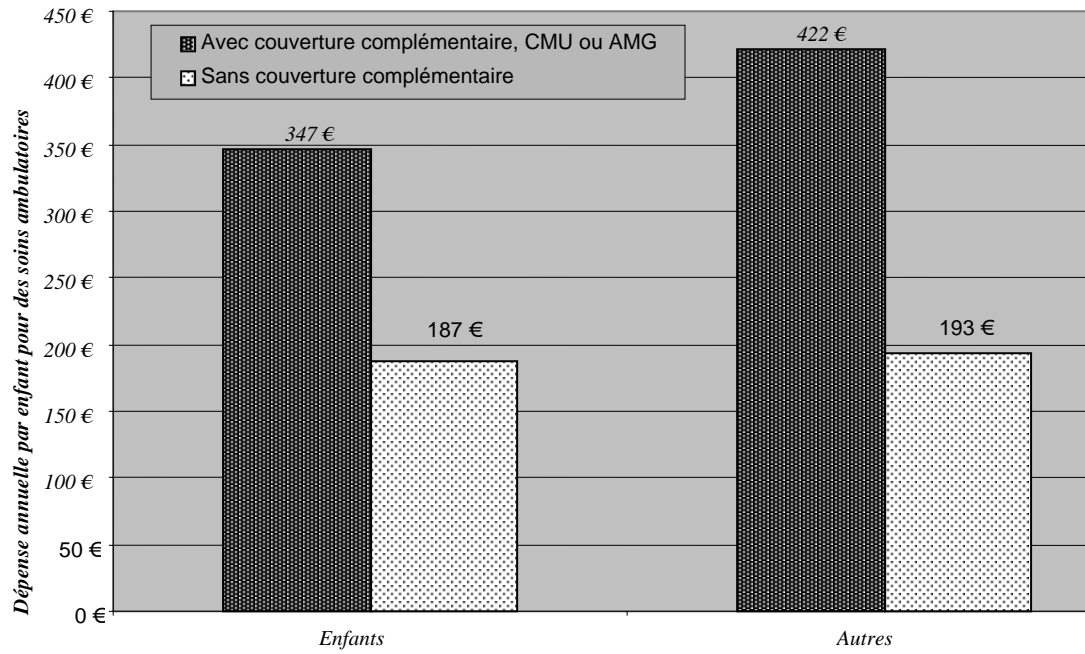
Une meilleure articulation entre le réseau sanitaire et le réseau social est nécessaire, le patient en général étant confronté, selon sa situation et son degré de précarité, à un réseau virtuel médico-social qui doit s'adapter aux besoins dans leur multiplicité (comme le logement, les revenus, le travail, la protection de l'enfance, la vie familiale etc.....)

La loi de juillet 1998 a mis en place -des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et leur pérennisation dans la loi de santé publique d'août 2004 constitue l'une des voies reconnues pour conduire aux décloisonnements indispensables, entre les politiques sanitaires et sociales, entre l'accès aux différents droits, entre les différents partenaires (élus, professionnels, associations et personnes concernées) pour considérer la santé comme un déterminant clé des politiques visant l'insertion sociale et professionnelle, pour répondre en commun à des besoins de santé bien identifiés. Le rôle de l'Etat reste prééminent puisque lui sont octroyées la présidence et la moitié des voix au sein du groupement régional de santé publique. Cela signifie-t-il que l'Etat est le garant de l'effectivité des droits fondamentaux, et donc du droit à la santé, comme le rappelle la loi contre les exclusions ? L'articulation Etat- département- région n'est pas vraiment organisée, ni les forces mobilisables par l'Etat.

Les associations²⁴ ont dit combien elles refusent de se faire instrumentaliser en ce que la lutte contre la pauvreté soit réservée aux associations ou à un secteur à part des politiques de solidarité. Elle demandent en revanche, que cette lutte soit une partie intégrante de l'ensemble des politiques de santé (et de politiques y ayant traits comme les politiques d'emploi, de logement, d'éducation, de la famille, de l'intégration) au niveau national comme au niveau régional.

²⁴ Notamment celles réunies dans le collectif Alerte

**Dépense annuelle par enfant pour les soins ambulatoires²⁵
selon l'existence ou non d'une couverture sociale en supplément de la Sécurité sociale
chez les enfants pauvres et les autres enfants**



²⁵ Source CREDES – Appariement 1998 et 2000 dans le rapport annuel de l'IGAS 2003 « Santé, pour une politique de prévention durable ».

2/ Les restrictions apportées à l'Aide Médicale d'Etat (AME)

Avec la loi du 15 juillet 1893, les personnes démunies, françaises et étrangères, bénéficiaient d'une prise en charge financière de leurs soins de santé quel que soit leur statut, par le système de l'aide médicale. Ce principe a d'abord été écorné par la loi du 24 août 1993 relative à l'immigration, dite « loi Pasqua » qui a limité l'aide médicale pour les étrangers sans titre de séjour aux seuls soins fournis par les hôpitaux. Pour autant, la réforme de l'époque, qui visait à restreindre l'accès des populations étrangères au système français de protection sociale (interdiction d'accès des étrangers sans titre de séjour à la sécurité sociale) n'avait donc pas remis en cause leur droit à une prise en charge financière intégrale dès lors qu'ils étaient démunis.

La réforme CMU a considérablement simplifié le système français de protection maladie en vidant l'aide médicale de cinq millions de précaires français et étrangers, transférés vers la sécurité sociale (assurance maladie). Seuls sont restés 160 mille étrangers sans titre de séjour. L'aide médicale, sans être modifiée, se transformait en système « spécial sans-papiers », et restait financée par l'impôt (et non par l'assurance maladie).

Le système devenait alors particulièrement stigmatisant (et moins protecteur que pour ceux qui furent transférés vers l'assurance maladie). Il fut l'objet d'une remise en cause par des parlementaires à l'occasion des lois de finances rectificatives pour 2002²⁶, puis pour 2003²⁷, notamment du fait de son coût jugé excessif²⁸ et de la légitimité contestée de la population bénéficiaire²⁹.

Ces deux lois ont finalement modifié l'aide médicale d'Etat dans un sens restrictif notamment par les dispositions suivantes :

- fin de la gratuité des soins par l'instauration d'une participation financière à la charge du malade (« ticket modérateur » et « forfait hospitalier »). Il convient de souligner que cette disposition légale n'a pas encore donné lieu à un décret d'application et n'est donc pas appliquée à ce jour.
- restriction des droits pour les mineurs : les ayants droit mineurs de sans papiers ou les mineurs isolés n'ont plus droit à l'assurance maladie³⁰, comme les y invite pourtant la Convention internationale des droits de l'enfant qui accorde à tous les mineurs le droit à la sécurité sociale. Ils relèvent depuis 2003 de l'AME. Le Comité européen des droits sociaux du Conseil de l'Europe, saisi d'une réclamation collective sur les réformes de l'AME en 2003, considère que cette disposition constitue une violation de la Charte sociale européenne³¹.
- exigence d'une ancienneté de présence en France de trois mois, en totale contradiction avec la position du Conseil d'Etat³² invitant à prendre en considération la « résidence habituelle » de l'intéressé et l'ensemble de ses liens avec la collectivité nationale.
- suppression de la procédure d'admission immédiate « si la situation l'exige » destinée à prévenir l'aggravation de l'état de santé avant l'urgence médicale.

De plus, deux décrets du 28 juillet 2005, rendent plus difficile la constitution du dossier de demande d'aide médicale Etat notamment par la suppression du principe déclaratif qui s'appliquait, depuis plus de

²⁶ Article 57 de la loi de finances rectificative pour 2002 n° 2002-1576 du 30 décembre 2002 – NOR : ECOX0200157L (J.O n° 304 du 31 décembre 2002 page 22070)

²⁷ Article 78 de la loi de finances rectificative pour 2002 n° 2002-1576 du 30 décembre 2002 – NOR : ECOX0200157L (J.O n° 304 du 31 décembre 2002 page 22070)

²⁸ Assemblée Nationale session ordinaire de 2002-2003 – 2ème séance du mercredi 11 décembre 2002 ; Sénat compte-rendu analytique de la séance du 16 décembre 2002 ;

²⁹ Déclarations du ministre du Budget Assemblée Nationale 18/12/2002

³⁰ Suppression de l'article L.380-5 du Code de la sécurité sociale par la loi de finance rectificative pour 2002

³¹ Réclamation collective 14/2003, FIDH c/ France

³² Avis du 8 janvier 1981

cinquante ans, à chaque fois qu'une personne en état de grande précarité ne disposait pas de documents officiels pour prouver sa situation (état civil, ressources, domicile) et qui permettait de faire valoir des droits sur la base de déclarations sur l'honneur.

Par ailleurs, une modification des conditions d'accès à la Couverture Maladie Complémentaire Universelle (CMUC) dans le projet de loi de finance 2006 va, s'il est adopté, modifier le calcul des ressources prises en compte pour l'ouverture du droit à la CMUC et risque d'exclure quelques 60 000 personnes.

Si l'objectif de maîtrise des dépenses de santé est un objectif important pour la collectivité nationale, l'accès aux soins des populations les plus fragiles doit être préservé. La création d'un obstacle financier pour l'accès aux soins des personnes très démunies, fussent elles en séjour irrégulier, va à contre-courant d'une politique pertinente de santé publique, du droit à la santé, de la non-discrimination et du droit à la dignité garantis par de multiples textes internationaux ratifiés par la France : la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, la Convention 118 de l'OIT sur l'égalité de traitement en matière de sécurité sociale. Sur la base de la Charte sociale européenne, le Comité européen des droits sociaux affirme, sans ambiguïté, que la protection de la Charte doit bénéficier aux personnes en situation irrégulière, il en va de « *l'essence* » et de « *l'objectif général de la Charte* » et qu'un système de santé ne saurait porter atteinte à la dignité humaine, dont l'accès aux « *soins de santé constitue[...] un préalable essentiel* » et doit accorder un droit à l'assistance médicale à tous « *les ressortissants étrangers, fussent-ils en situation irrégulière* ». Et outre les normes internationales qui s'imposent à la France, il convient de souligner que l'exigence de justificatifs difficiles à réunir, pour l'accès aux droits des personnes très démunies, fussent-elles en séjour irrégulier, va à contre-courant de l'objectif général de la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Enfin, dans le droit fil de plusieurs de ses avis précédents, la CNCDH réitère le fait que la jouissance des droits fondamentaux doit être déconnectée des préoccupations de politiques migratoires.

3/ L'accès des détenus à la santé

En 2004 la CNCDH insistait sur la nécessité de sortir la prison de l'exception juridique en matière de respect des droits de l'homme. Ayant constaté de graves dysfonctionnements en matière de santé et d'accès aux soins au sein des prisons, attentatoires aux droits de l'homme les plus fondamentaux, elle décidait à la fin de son « Étude sur les droits de l'homme dans la prison »³³, de poursuivre sa réflexion sur la question de l'accès aux soins des personnes détenues. Cette réflexion est détaillée dans une étude substantielle³⁴ mettant en exergue toutes les difficultés pratiques attentatoires à l'accès à la santé en prison, et faisant des recommandations utiles afin d'y pallier. Il ne s'agit pas ici de répéter le contenu de cette étude, mais il conviendra de la consulter car elle se situe dans le droit fil de la présente étude.

L'ensemble des soins prodigués à la population incarcérée relève depuis la loi du 18 janvier 1994 du régime hospitalier de droit commun. La circulaire d'application de la loi, datée du 8 décembre 1994, pose comme objectif « d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population ». Plus de dix ans après l'entrée en vigueur de la réforme, la mise en place des hospitalisations de moyenne ou longue durée au niveau régional est loin d'être effective. Seules trois UHSI (unités hospitalières sécurisées interrégionales) sur les huit prévues ont vu le jour. La généralisation des programmes d'éducation à la santé en milieu pénitentiaire n'est pas assurée. De manière générale, le

³³ CNCDH, Étude sur les droits de l'homme en prison, propositions, Recommandation n°40, adoptée par l'assemblée plénière le 11 mars 2004

³⁴ CNCDH, Etude sur l'accès à la santé et aux soins des personnes détenues, adoptée le...

système de soins pour les personnes détenues comporte encore de nombreuses défaillances, notamment en ce qui concerne l'hygiène, les délais d'attente (pour les soins spécialisés ou les hospitalisations), la permanence des soins (absence de permanence médicale la nuit et les week-end dans la plupart des établissements pénitentiaires), les problèmes d'escorte pour les consultations à l'extérieur, le respect du secret médical et la libération des malades.

Dans un contexte où la surpopulation dégrade les conditions de vie en détention et impose aux personnels une course permanente, lorsque l'administration multiplie les mesures de sécurité, il peut s'en suivre des conséquences dramatiques pour la prise en charge médicale des personnes détenues. La persistance de blocages, au demeurant parfaitement identifiés par les pouvoirs publics, doit nourrir une réflexion sur la capacité d'un système d'essence sécuritaire à respecter les exigences inhérentes à une logique de santé publique.

II –Le paradoxe du déséquilibre soins- prévention

Un dénominateur commun se dégage des constats des inégalités décrits plus haut : il s'agit du manque de prévention, pourtant indispensable pour préserver la santé, ce qui a pour conséquence évidente un accroissement des besoins en soins (et donc une surcharge des services de soins). Le déséquilibre entre soins et prévention dans la politique de santé publique est spectaculaire : 2,7 milliards dépensés en 2004 pour prévenir contre 145 pour prendre en charge les soins. Le paradoxe tient au fait que ce déséquilibre se situe dans un contexte de priorité financière toujours accordée à la santé, puisque les dépenses de santé sont en France en 2004 de 11,1% du PIB³⁵. C'est avant d'en conclure à de nouvelles orientations, que la CNCNDH a entendu réfléchir à la manière dont cette prise en charge répond à l'objectif d'égalité.

Consommation médicale totale (*Tableau extrait des Comptes nationaux de la santé 2004, DRESS³⁶*)

	Taux d'évolution en valeur (en %)			Montants 2004 en millions d'euros
	2002	2003	2004	
1 - SOINS HOSPITALIERS	6,0	5,7	4,8	64 279
•Publics	5,9	5,6	4,7	49 862
•Privés	6,0	6,0	5,1	14 417
2 - SOINS AMBULATOIRES	7,4	7,2	4,4	39 617
•Médecins	6,8	6,7	3,0	18 474
•Auxiliaires médicaux	9,6	8,0	6,9	8 445
•Dentistes	5,7	7,1	4,1	8 579
•Analyses	10,2	9,1	6,7	3 833
•Cures thermales	1,1	1,0	-1,4	287
3 - TRANSPORTS DE MALADES	9,2	8,2	7,9	2 637
4 - MEDICAMENTS	5,6	6,4	5,7	30 279
5 - AUTRES BIENS MEDICAUX	7,7	7,1	7,9	8 010
•Optique	4,4	4,3	5,3	4 106
•Prothèses, orthèses, Véhicules pour handicapés physiques (V.H.P.)	9,2	6,8	8,1	1 236
•Petits matériels et pansements	13,3	12,4	12,0	2 668
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX (1+.....5)	6,4	6,4	5,1	144 822
6 - PREVENTION INDIVIDUELLE	4,5	6,7	4,4	2 798
- Prévention primaire	5,0	5,7	4,4	2 339
- Prévention secondaire	1,7	12,4	4,6	458
CONSOMMATION MEDICALE TOTALE	6,4	6,4	5,1	147 619
PRODUIT INTERIEUR BRUT (PIB)^o	3,4	2,4	4,0	1 648 369

Source : Drees, Insee

La CNCNDH, impressionnée par des données qui mériteraient une large diffusion, s'est donc proposée de suivre le parcours proposé à nos concitoyens en matière de prévention et, à l'aide d'auditions conduites auprès des acteurs de ces politiques, de les interroger sur les inégalités d'accès. La réponse est d'autant plus intéressante qu'il s'agit dans la plupart des cas de politiques publiques fondées sur le principe d'égal accès aux services publics.

³⁵ Direction de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DRESS), *Comptes nationaux de la santé 2004*, Document de travail n° 84, juillet, 2005, p.5. Disponible sur le site Internet www.sante.gouv.fr.

³⁶ Ibid., p.15

Deux milieux ont particulièrement retenus l'attention de la CNCDH lors de ses travaux : le milieu scolaire et le milieu du travail, révélateurs de ce déséquilibre entre soins et prévention.

A. Constat du déséquilibre dans l'accès à la santé des enfants et des jeunes

1/ Des enjeux considérables

« L'enfance et l'adolescence sont les périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire, plus ou moins important, de l'intégration à la vie sociale, plus ou moins réussie. C'est aussi un moment d'identification personnelle et sociale et celui où achève de se constituer son capital de santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable, mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance, ou par des conduites à risques, dilapidation qui peut accumuler des facteurs de risques pour les stades ultérieurs de la vie »³⁷.

La prévention de la santé, l'éducation et l'accès aux soins sont majeurs dans la mesure où cette tranche de vie est à la fois déterminante et très vulnérable pour le capital santé de l'être humain. L'enjeu est ainsi primordial car de la préservation de la santé et de son accès aux soins va découler l'état présent de l'enfant, mais surtout son futur.³⁸ D'autant qu'enfants et adolescents sont les meilleures cibles de la prévention : ils sont relativement ouverts à la sensibilisation et ils savent transmettre leur savoir à leur entourage. La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 insistait particulièrement sur « le rôle capital de la santé pour pouvoir mener à bien les projets de l'existence, cette santé qui se construit ou se compromet pendant l'enfance », ainsi que sur « l'importance de la prévention dans cette période de l'existence et, plus particulièrement montre la faiblesse de la médecine scolaire pourtant essentielle pour les plus démunis ».

De nombreuses enquêtes et rapports relatifs à l'état de santé des jeunes en France font émerger des signaux d'alerte particulièrement notables, surtout lorsque l'on considère le taux majoritairement évitable de tous les troubles. La mortalité en France est relativement élevée chez les hommes jeunes (15-30 ans), elle est d'environ 40% supérieure à celle des autres pays industrialisés et trois fois plus élevée que chez les femmes du même âge. Elle est expliquée par les accidents de la circulation (la moitié d'entre eux étant dû à l'alcool), les suicides, et la drogue (environ 10% des décès dans cette tranche d'âge³⁹). De plus, le tabagisme, l'alcoolisme, les déséquilibres alimentaires qui sont à l'origine de décès chez les plus de quarante ans débutent avant vingt ans. Les différentes enquêtes menées suggèrent que la France est le pays de l'Union européenne où les consommations d'alcool, de tabac et de drogues sont les plus élevées dans cette tranche d'âge. Et si « tous ces comportements à risques, comme les difficultés d'insertion sociale qui les accompagnent et dont ils peuvent être à la fois la cause et le symptôme, apparaissent pendant l'adolescence, et trouvent dans une large mesure leurs racines dans la petite enfance »⁴⁰, alors la préservation et l'amélioration de la santé physique et surtout mentale des jeunes enfants pourraient avoir un rôle capital à jouer.

³⁷ Haut Comité de la santé publique, décembre 1992, *Stratégie pour une politique de santé*

³⁸ Ceci est particulièrement vrai pour les enfants de milieux défavorisés, dont les conditions de vie, en particulier le 'mal logement', logements mal chauffés, insalubres, non stables, entre autre ont des conséquences directes sur la santé. Ainsi, d'après l'Observatoire de la pauvreté, 48000 à 66000 enfants seraient victimes d'une exposition excessive au plomb entraînant au minimum une perte de capacité intellectuelle. Il convient également de signaler les angoisses et les tensions dues à l'insécurité que connaissent leurs parents à cause du cumul de précarités. L'isolement social, le regard négatif porté sur eux et leur famille, atteignent aussi les enfants dans leur bien être physique et mental, entraînant un cumul de facteurs de risques au fil des ans.

³⁹ Selon le Docteur Maurice TUBIANA, Président d'honneur de la Société européenne Toxicomanies, hépatites, sida.

⁴⁰ Rapport 2003 de l'IGAS, Ibid. p.40

L'enjeu majeur est que le plus grand nombre arrive à posséder un rapport global à la santé, et non plus seulement une simple assimilation ou non des habitudes de vie. Il en va du bien être de l'enfant, de son futur, mais aussi de son entourage, sa famille et la société en général. Il faut tenter des expériences pilotes et faire une évaluation rigoureuse des faits, si l'on veut améliorer la situation. La création d'une agence nationale ayant en charge la santé de l'enfant et des jeunes pourrait être utile.

2/ La petite enfance : la prévention en second plan

Les PMI⁴¹, en partenariat avec les familles, les médecins traitants, les services sociaux, les maternités, ont la responsabilité de la prévention pour les 0-6 ans. Sont ainsi à leur charge un ensemble de mesures médico-sociales destinées à assurer, par des actions préventives continues, la protection des femmes enceintes, des mères et des enfants jusqu'à l'âge de l'obligation scolaire.

Or si elle a pour objectif de réaliser une véritable promotion de la santé, considérée globalement dans la rencontre d'un individu avec un environnement physique, social et psychoaffectif qui peut lui être nuisible ou au contraire favoriser son épanouissement, la PMI fait cependant face à deux séries de problèmes majeurs: d'une part, face à une carence de moyens, elle se voit contrainte de réorienter ses actions vers une mission de dispense de soins et d'information. Censée pouvoir assurer une pluralité d'actions essentielles et très diverses, gratuites et ouvertes à toute la population, dont les orientations prioritaires sont la promotion de la santé en tant que lutte contre les carences, les inadaptations, les inégalités, les handicaps, elle est incapable actuellement d'assurer une véritable prévention en amont. Le danger est là de considérer l'enfant comme objet de soins plutôt que comme sujet, en considérant son développement et sa santé globale. D'autre part existent des inégalités patentes de département en département. Il est également impossible à l'heure actuelle de définir les véritables besoins des PMI à l'échelle nationale car il n'existe pas d'instance nationale de régulation, ni même d'instance de coordination capable de collecter des données fiables concernant le fonctionnement de ces services. Les mesures de décentralisation sont à observer avec la plus grande des vigilances car elles pourraient aggraver davantage ces disparités.

La loi d'orientation relative à la loi contre l'exclusion de 1998 demandait un renforcement du rôle des PMI à l'égard des familles démunies. Le CES dans son avis⁴² de 2003 encourageait les initiatives de certaines PMI qui visaient à aller à la rencontre des populations fragilisées pour gagner leur confiance.

En parallèle, la médecine PMI est en pleine restructuration. La circulaire « *information signalante* », qui permet l'accès de tous aux données sociales des dossiers PMI⁴³ et qui nomme un administratif non-médecin⁴⁴ comme unique interlocuteur du procureur de la république, pose aux médecins PMI un grave problème éthique. Cette circulaire est en effet contraire au code de déontologie, qui souligne l'indépendance du médecin par rapport à sa hiérarchie. Les médecins PMI se retrouvent ainsi dans la position de simples techniciens subordonnés à une hiérarchie administrative. Cela est d'autant plus contradictoire que, dans le même temps, l'indépendance du médecin et le secret professionnel sont médiatiquement et politiquement valorisés.

⁴¹ Protection Maternelle et Infantile

⁴² Conseil Economique et social, avis N° 2003-24, « prévention en matière de santé » adopté le 26 novembre 2003 et publié le 3 décembre 2003 au Journal Officiel. Références : CESX00003024V.

⁴³ La circulaire *information signalante* autorise l'accès aux données sociales du dossier PMI, sans accord préalable du médecin. REFERENCE A AJOUTER

⁴⁴ Responsable du pôle enfance/famille de chaque direction territoriale.

Ces restructurations se placent en outre dans un climat politique de recul des droits sociaux et d'un discours sécuritaire qui prédomine tous les corps de métiers. La loi dite « Sarkozy »⁴⁵ risque de renforcer cette tendance, avec l'obligation faite de signaler les cas limites de non socialisation et de délinquance. Cette loi change profondément la philosophie du travail, car elle incite à suspecter les gens et risque de nuire à la confiance qui est à la base de la relation entre l'utilisateur et son médecin. Le fait de vouloir mettre en place des clignotants pour cerner le plus rapidement des risques latents, participe d'une vision sur le court terme visant à prévenir la délinquance par le biais du repérage précoce des cas de maltraitance. Le conflit entre les compétences liées à la relation d'aide et celles liées à la politique sociale est alors inévitable.

Un autre constat particulièrement troublant et révélateur est le traitement du handicap chez les jeunes enfants. En effet, les CAMSP⁴⁶ pourraient avoir un rôle de prévention primaire, comme le veut théoriquement leur vocation. Ils ont pour mission le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des jeunes enfants de la naissance à 6 ans, qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux ou des troubles du développement psychoaffectif. Or ce mandat ambitieux est bien éloigné de la réalité. Si les CAMSP sont des lieux de soins pluridisciplinaires remarquables, la quasi-totalité des cas qu'ils accueillent arrive déjà avec un diagnostic clinique alarmant. Les actions du CAMSP répondent majoritairement à une demande spécifique et ne rentrent pas dans le cadre d'une campagne globale et systématique de prévention et de santé publique car ils n'en ont pas les moyens. Et si l'accès à ces centres est théoriquement égalitaire, des facteurs sociaux et culturels entrent en compte en amont de la prise en charge, certains milieux sociaux étant davantage informés, disponibles et aptes à se mobiliser, à comprendre le système et à tout mettre en œuvre pour que cette prise en charge se fasse nonobstant les listes d'attentes toujours longues des centres spécialisés, qui souffrent d'une pénurie de spécialistes (pédopsychiatres, kinésithérapeutes,...) et de moyens alarmante.

3/La médecine scolaire : des investissements mal ciblés

Les attributions de la médecine scolaire consistent à repérer d'éventuels problèmes de santé existants ou des comportements jugés à risques mais surtout de promouvoir la santé de l'enfant à partir de l'âge de 6 ans. Les chiffres parlent déjà d'eux-mêmes : 2000 médecins et 6000 infirmières sur l'ensemble du territoire français. Au-delà de ce constat, le médecin scolaire a un besoin évident de recadrage des actions, appuyé par un manque flagrant de moyens et une collaboration entre intervenants toujours difficile. Si l'école occupe une place essentielle dans le dispositif de prévention primaire, la problématique de la santé n'est pas encore suffisamment considérée comme devant être une globalité tenant compte du social. Cela détourne le service de ses missions de bases de prévention, primordiales, qu'une analyse des besoins définit pourtant comme prioritaire⁴⁷.

⁴⁵ Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure et paru au Journal Officiel le 19 mars 2003.

⁴⁶ Centres d'action médico-sociale précoce

⁴⁷ Cela suppose une compréhension des conditions de vie de certaines familles. Chantal Blanc, médecin scolaire dans l'Hérault, raconte : « Tel élève s'est brûlé avec une casserole en voulant se réchauffer parce qu'il vit avec sa famille en camping depuis de nombreuses années. Des enfants sont malades parce qu'ils logent dans des chambres sans fenêtres très humides. Un adolescent prétend qu'il a mal à l'oreille alors que c'est sa maman qui a besoin d'une consultation. Une fille manifeste des tendances suicidaires...des parents ont peur de la visite médicale en cours préparatoire : ils craignent qu'on leur reproche tout ce qu'ils n'ont pas pu faire pour leurs enfants. Si le médecin scolaire ne sort pas de son bureau, il risque de ne voir que les caries non soignées, les lunettes pas achetées, l'orthophonie pas suivie. Et pourtant la famille n'a rien fait d'autre que de s'occuper de ses enfants, mais en commençant forcément par les questions de survie immédiate, face par exemple au manque de revenus, au problème de transports et face à d'autres soucis qui paraissent plus importants et plus urgents, comme une menace d'expulsion, par exemple ... »

Le manque évident de moyens alloués à la médecine scolaire a pour effet notable des disparités géographiques importantes. Ainsi, comme le déplorait le Syndicat national des médecins scolaires et universitaires en Septembre 2004, il y aurait en France 1200 médecins scolaires titulaires et l'équivalent de 800 emplois à temps plein de médecins vacataires, auxquels on doit ajouter 130 postes de médecins conseillers techniques auprès des inspections d'académies et des recteurs. La situation sur le terrain de la prise en charge de 8 à 10000 élèves par médecin serait alors loin de la moyenne nationale de couverture d'un médecin pour 5660 élèves annoncée par le ministère. Le nombre de missions serait ainsi tellement conséquent que les médecins n'arriveraient plus à faire les bilans médicaux d'entrée au Cours Préparatoires (CP), pourtant obligatoires.

Ce phénomène provient aussi d'une déficience certaine d'attractivité de cette activité dans le milieu scolaire. La pénurie de personnel, la difficile collaboration et l'hétérogénéité des formations peuvent avoir des influences négatives sur l'efficacité de la médecine scolaire. Il est donc difficile à celle-ci de s'impliquer dans la prévention des problèmes majeurs, comme le mal-être des adolescents, la violence envers les autres et envers eux-mêmes, le sida, la toxicomanie, les grossesses précoces, etc.

Nombreux sont ceux qui prônent l'extension des attributions de la PMI à l'école primaire et le transfert des moyens actuels de la médecine scolaire du primaire vers les collèges et les lycées, d'autant que la limite d'âge de 6 ans ne s'explique que par des raisons pratiques (la scolarité) et non médicales. Il paraît plus pertinent de considérer le jeune enfant selon son âge. En effet, ce paramètre permet de vérifier le stade de bon développement de l'enfant (marche, parole, besoins nutritionnels...). Cependant, afin de permettre une réelle cohérence de cet ensemble, ces propositions nécessiteraient une révision à la hausse des investissements en personnels du ministère de l'Éducation nationale et des services des départements en la matière, mais aussi un nouveau partage de compétences entre l'État, les régions et les départements dans le cadre institutionnel actuel voire dans celui d'un développement de la décentralisation.

4/ La médecine étudiante : insuffisances considérables pour des usagers vulnérables

Nul besoin de souligner l'importance des besoins en matière de santé d'un public ouvert aux conduites à risques, particulièrement vulnérable à un mal-être mental et à une détresse sociale, et souvent en situation de précarité matérielle. Or il existe de fortes carences dans l'action publique en faveur de la santé des étudiants. De nouveaux besoins apparaissent, alors que les missions des services universitaires de santé n'ont pas suffisamment évolué pour répondre à ces demandes. Les acteurs de la santé étudiante ne disposent pas des moyens matériels suffisants, ni des prérogatives et des informations nécessaires pour agir efficacement.

Si la protection sanitaire des étudiants est assurée dans chaque université par un service universitaire ou interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SMPPS), les difficultés que rencontrent les équipes médico-sociales empêchent cependant au quotidien une bonne efficacité du système. C'est ce que met en évidence le Centre National d'Évaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel (CNE) en constatant certains dysfonctionnements de la médecine universitaire sur le terrain. De même, en Octobre 2004, lors d'une de ses séances plénières, la Conférence des Présidents d'Université a demandé l'application des conclusions d'un groupe de travail mis en place par le Ministère de l'Éducation Nationale, qui sonnait l'alarme et demandait notamment la modification dans les meilleurs délais du décret du 3 mai 1988 et la redéfinition des missions des services de médecine préventive universitaire, prenant en compte l'importance des problèmes de nature psychologique, la nécessité de faciliter les possibilités de prescription médicale et d'assurer les soins d'urgence dans l'attente de l'intervention des services de secours médicaux ; la mise en place de statuts spécifiques pour les personnels des services de médecine préventive (médecins directeurs et généralistes,

psychologues, personnels administratifs) afin de remédier à leur précarité actuelle ; le maintien d'une visite médicale renouvelée, intégrant une approche médicale, psychologique et sociale, pour tous les étudiants primo entrants, y compris les étudiants étrangers, quel que soit leur cycle d'étude ; le pilotage, par les services de médecine préventive universitaires, des programmes de prévention et des campagnes d'éducation à la santé et à l'hygiène publique sur les campus, en partenariat avec les acteurs de la santé étudiante.

De plus, les difficultés financières des mutuelles étudiantes qui gèrent le régime étudiant de sécurité sociale ne font qu'aggraver les dispositifs d'accès des étudiants à une préservation de leur santé. Ils tiennent notamment à la situation unique du milieu étudiant qui voit une concurrence entre deux centres de gestion de la sécurité sociale. Il n'existe dans aucun autre cas une telle mise en concurrence entre deux établissements ayant reçus une délégation de service public, concurrence qui en plus de coûter cher et d'entretenir les complexités administratives et la confusion d'une population en quête de repères, constitue une incohérence alarmante dans l'esprit du système de santé français qui se voudrait égalitaire et universel.

Mais de manière plus générale, des mesures de bases doivent être prises, sans quoi toute tentative de réforme sera vaine : il faut absolument revaloriser les métiers de la santé (infirmières, médecins scolaires, de PMI, pédiatres, orthophonistes, kinésithérapeutes...). De plus, une rapide révision des nombreux clausus semble être une décision à prendre, après une stricte évaluation des besoins présents et à venir. Une intégration au contenu des études de médecine d'une plus grande réflexion éthique et de définition d'une santé globale, à plusieurs dimensions (sociales, culturelles, économiques, environnementales) pourrait aussi être intéressante.

B. Le déséquilibre soins- prévention flagrant dans le monde du travail

1/ Des facteurs des risques négligés

A la lumière de nombreux rapports et d'auditions d'experts, il apparaît que les déterminants de santé de nature professionnelle sont également largement sous-évalués dans le système de santé publique d'aujourd'hui. Or, la santé au travail, incluant la santé mentale, est une composante essentielle de la santé publique, qui concerne les millions de salariés du secteur privé et du secteur public.

Certes, les relations entre l'organisation du travail et la santé mentale des salariés⁴⁸ apparaissent moins évidentes à cerner que celles qui unissent les facteurs de risques physiques et la santé. Les effets sur la santé mentale se manifestent au travers de processus longs, susceptibles d'affecter la santé à court mais surtout à moyen ou long terme, en raison de leurs manifestations tant physiques que mentales et sociales, parfois tardives.

Cependant, on constate un accroissement du poids relatif des facteurs mentaux et psychologiques dans les préoccupations de santé au travail. La notion de « stress », terme surmédiatisé renvoie à différentes pathologies telles les « *pathologies de surcharge* », les « *pathologies liées à la pression et au harcèlement* », les « *pathologies de la peur* », les « *pathologies post traumatiques*, et les « *dépressions*⁴⁹ ».

Ainsi, la préservation de la santé au travail dans toutes ses dimensions, y compris la santé mentale, doit de ce fait représenter un enjeu sociétal pour l'ensemble des acteurs, dans une vision plus globale de santé publique. « Le risque professionnel est un enjeu important de santé publique, compte tenu du poids des facteurs professionnels dans les déterminants de santé et des répercussions des effets du travail sur

⁴⁸ Rapport du CES 2004, « Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés »

⁴⁹ Ibid.

l'environnement familial et la vie privée⁵⁰. » Or, ni les accidents du travail ni les maladies professionnelles ne régressent. Plusieurs rapports confirment qu'il y a sous-déclaration et sous-estimation du nombre des accidents du travail et de maladies professionnelles.

Le nombre des accidents du travail, avec arrêt, déclarés et reconnus a diminué d'un tiers environ au cours des trente dernières années (1970-2000)⁵¹. Cette diminution est encore plus marquée pour les accidents graves et les accidents mortels, qui ont été respectivement divisés par 2,4 et 3 pendant la période. Cette tendance n'est cependant pas continue, une recrudescence des accidents du travail avec arrêt ayant été observée depuis 1997 (voir tableau ci-dessous⁵²).

	1997	1998	1999	2000
Nombre d'accidents avec arrêt	658 551 +1 %	689 859 +4.8 %	711 035 +3.1 %	743 435 +4.6 %
Nombre d'accidents graves	45 579 -6.5 %	47 071 +3.3 %	46 085 -2.1 %	48 096 +4.4 %
Nombre de décès	690 -10.7 %	719 +4.2 %	743 +3.3 %	730 -1.7 %

En effet, si les statistiques montrent une baisse des accidents de travail, ceci n'est qu'une moyenne et ne reflète pas une réalité moins réjouissante : D'une part, les différences sont très marquées suivant les secteurs d'activité, d'autre part, il existe une incitation forte des directions d'entreprise à convaincre leurs salariés de ne pas déclarer leurs accidents de travail. Il existe même des formulaires type de renoncement à la déclaration d'accidents de travail. Les salariés sensibilisés par la forte précarisation de l'emploi et du travail, tendent à se plier à de telles procédures, par ailleurs parfaitement illégales. En ce qui concerne les maladies professionnelles déclarées et reconnues, elles sont en constante augmentation. De 1988 à 1999, leur nombre en a été multiplié par quatre.⁵³

Evolution du nombre de maladies professionnelles reconnues (1997-2001)⁵⁴

	1997	1998	1999	2000	2001
Nombre de maladies déclarées, reconnues, constatées	15 554	17 722	24 208	29 971	39 755
Évolution annuelle		+13.9 %	+36.6 %	+23.8 %	+32.6 %

Si les maladies professionnelles semblent sous-estimées c'est, entre autres, parce que les causes professionnelles d'une pathologie sont souvent multiples et pluralistes et donc difficiles à déceler, ou que cette origine professionnelle n'est pas toujours déclarée ou partiellement prise en compte par les caisses

⁵⁰ Ibid. (I, p.18)

⁵¹ Rapport annuel de l'IGAS 2003 « Santé, pour une politique de prévention durable ».p.49

⁵² Source : statistiques CNAMTS, rapport 2002 de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale dans le rapport annuel de l'IGAS 2003 « Santé, pour une politique de prévention durable ».p.50

⁵³ Rapport du CES 2004, op.cit. p. II, 37.

⁵⁴ Source : statistiques CNAMTS, rapport 2002 de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, dans le rapport annuel de l'IGAS 2003, p.51, « Santé, pour une politique de prévention durable », op.cit.

d'assurance maladie. Les maladies professionnelles peuvent être aussi minorées en raison de la crainte des salariés vis-à-vis de leur emploi. L'IGAS souligne que « la sous-estimation du poids des facteurs professionnels dans les atteintes à la santé est d'autant plus regrettable qu'il s'agit souvent de causes sur lesquelles une action préventive pourrait être efficace »⁵⁵.

Les évolutions de l'économie et ses répercussions dans l'organisation du travail est un contexte justifiant d'autant plus la question du fonctionnement du système de prévention et des soins chez les salariés. En effet, toutes les catégories de salariés sont désormais touchées, car au-delà de déterminants classiques causant des troubles physiques (travail manuel, exposition à des substances toxiques...), de nombreux facteurs engendrent des troubles psychosociaux (charge de travail, stress, exigence de polyvalence et d'adaptabilité accrue, travail à flux tendu, précarisation du travail, harcèlement professionnel, restructurations, relations de travail...).

Là encore, l'Union Européenne reconnaît l'importance de traiter la question sérieusement, et a adopté en 1989⁵⁶ une directive cadre concernant la prévention sur les lieux de travail permettant d'éviter accidents du travail et maladies professionnelles grâce à l'information, la consultation et la formation des travailleurs et de leurs représentants. Plusieurs directives spécifiques sont venues la compléter. Et en 2002, une communication de la Commission Européenne innovait en ce qu'elle adoptait une approche globale du bien-être au travail et mettait l'accent sur la prévention des risques.

Mais si les risques en milieu professionnel se développent et se diversifient, ils n'en restent pas moins mal évalués en France, les données actuelles n'étant ni complètes ni centralisées. Et l'on note surtout l'absence de leur reconnaissance politique et sociale. L'évolution des questions de santé au travail et leur complexité, leurs liens étroits avec l'organisation actuelle du travail rendent nécessaires la mobilisation de l'ensemble des spécialistes du champ de la santé au travail, au-delà des seuls médecins du travail.⁵⁷ Cependant, le manque de connaissance de certains risques sanitaires dans le monde du travail ne peut être opposé à une politique de prévention. Ainsi, concernant par exemple le cas des maladies professionnelles et décès dus à l'amiante, substance hautement cancérigène, le Conseil d'Etat a jugé que « l'Etat avait commis une faute en matière de prévention des risques liés à l'exposition professionnelle à l'amiante ». L'Etat a maintenant le devoir de « se tenir inform[é] des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leurs activités professionnelles, [...] et d'arrêter, en l'état des connaissances scientifiques, au besoin à l'aide d'études ou d'enquêtes complémentaires, les mesures les plus appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers⁵⁸. » L'Etat a la responsabilité de faire effectuer des études toxicologiques, épidémiologiques et cliniques des nouveaux produits utilisés dans l'industrie moderne et dans l'agriculture. Il importe que soient établies les relations de causalité entre l'environnement professionnel et les pathologies cancéreuses en particulier, premières causes de décès en France. Trop de maladies de la reproduction et de malformations, de troubles cardio-vasculaires graves, ou de pathologies respiratoires sont dues aux polluants et à l'environnement professionnel.

2/ Un système de prévention des risques professionnels à moderniser

⁵⁵ Rapport « la prévention sanitaire en milieu de travail », IGAS, février 2003

⁵⁶ Dir. 89/391 du 12 juin 1989 transcrite par le décret du 5 novembre 2001.

⁵⁷ Rapport du CES 2004, « Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés ». (I, p.18)

⁵⁸ CE, Ass, 3 mars 2004, Ministre de l'emploi et de la solidarité c/consorts X.CE, 3 mars 2004

La médecine du travail est une invention française de l'après-guerre à vocation spécifique et préventive qui devait répondre aux besoins du monde professionnel. Elle n'est toutefois pas en mesure de remplir totalement sa mission, face aux risques professionnels de la société actuelle.

Outre le monde du travail, la prévention des risques professionnels repose sur plusieurs acteurs qui souffrent tous d'une absence de moyens et d'effectifs insuffisants. Il est patent qu'il existe actuellement un déficit de 1500 médecins du travail et de prévention (pour la fonction publique). Les projections officielles pour 2020 sont encore plus pessimistes.

L'Inspection du travail, chargée de veiller à l'application de la législation relative à la sécurité et à la prévention des risques professionnels devrait doubler le nombre de ses sections et de ses effectifs. La situation concernant les transports routiers et l'agriculture est tout aussi grave au niveau des moyens d'intervention. Les Inspecteurs des CRAM⁵⁹ connaissent les mêmes aléas et dégradations des conditions de travail que les professions précitées, qui mettent en cause l'exercice de leur mission. Les CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) qui ont une compétence spécialisée en matière de prévention des risques professionnels, les CE, les DP qui ont une compétence générale sur les relations de travail, intégrant les risques, ne couvrent pas la totalité des entreprises.

Malgré les évolutions notables dans la médecine du travail (notamment par les décrets du 20 mars 1979 et du 28 juillet 2004) et malgré les efforts visant le développement de la pluridisciplinarité (loi du 31 décembre 1991), pour mêler des compétences diverses faisant appel à la médecine, à la psychologie, à l'ergonomie, au génie afin de définir une politique de prévention⁶⁰, il semble que le médecin du travail reste trop éloigné du terrain.

En effet, il n'est plus seulement en charge du suivi individuel des salariés mais aussi du suivi collectif. La médecine du travail telle qu'elle est organisée aujourd'hui favorise l'isolement des médecins du travail et leur distance par rapport au lieu de travail.

La crise de la médecine du travail est directement induite par les réformes successives qui n'ont eu pour effet que de réduire comme peau de chagrin l'aspect analyse des conditions de travail au profit de la visite médicale. En effet, cette dernière passe devant une médecine de prévention collective. Le tiers temps qui existe depuis 1979 n'est pas appliqué dans la réalité, la rencontre entre les salariés et le médecin se fait lors d'une visite médicale loin du contexte professionnel. Ceci a pour conséquence de rendre plus difficile la compréhension de l'environnement professionnel, des tensions, qui influent sur la santé psychosociale ou physique des salariés, et donc de mettre à mal la mission de prévention. Visite de routine individuelle et systématique qui a pour objectif de déclarer l'aptitude du salarié à son poste, la visite médicale semble bien éloignée des mutations des risques évoqués plus haut. Le passage d'une visite annuelle à une visite tous les deux ans, ne risque pas d'améliorer ni la prévention, ni le suivi des salariés soumis à des risques croissants, notamment psychosociaux. Les différents apports médicaux et sociaux devraient être croisés, dans une approche pluridisciplinaire, en plaçant les médecins du travail au cœur de la démarche et en facilitant l'expression des salariés sur leur éventuel mal-être au travail⁶¹.

⁵⁹ Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

⁶⁰ Rapport « la prévention sanitaire en milieu de travail », IGAS, février 2003

⁶¹ Rapport du CES 2004, « Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés »

Face aux nouveaux risques, ils semblerait plus approprié, comme le prônent les organisations syndicales et l'IGAS, de réfléchir « à un système évaluant non pas l'aptitude au poste du salarié, mais le degré d'exposition aux risques du poste vis-à-vis du salarié ».

3/ L'opposition entre deux logiques, médicale et comptable

L'opposition entre la logique médicale et la logique financière de l'entreprise ne devrait pas avoir lieu. Certes, si à court terme, les dépenses relatives à la santé des employés semblent être un coût excessif pour l'entreprise, à long terme ces mêmes dépenses se révèlent être économiques. En effet, le bien-être physique et psychique des salariés est une condition déterminante de la compétitivité et de l'efficacité sociale des entreprises.

Cependant, actuellement, l'enjeu principal souligné dans le rapport de l'IGAS⁶² reste de sortir le risque sanitaire professionnel de l'approche obéissant à la logique de l'entreprise vers une approche de politique de santé publique.

La question de l'ambiguïté du statut du médecin du travail et de son indépendance est centrale dans cette orientation. Pour beaucoup, du fait que la médecine du travail est « à la charge et sous la responsabilité des employeurs »⁶³, l'indépendance du médecin par rapport à l'employeur concerne davantage la manière d'organiser son travail que les décisions finales en ce qui concerne le travail des salariés, surtout dans les grandes entreprises, où les services médicaux dépendent d'un service propre à l'entreprise. Ainsi, la question de la rémunération peut pousser la logique productive de l'employeur à dépasser la logique médicale, au détriment de la préservation de la santé des travailleurs.

L'employeur responsable de l'organisation de l'entreprise et des risques qu'elle peut engendrer, est aussi responsable des bonnes conditions de santé, de sécurité des salariés. La législation de travail (l'article L.230-2 du Code du travail) lui impose de mettre en œuvre les moyens adaptés pour prévenir les risques pouvant porter atteinte à la santé physique et mentale des travailleurs et d'observer les prescriptions obligatoires relatives à la sécurité. Prévention et réparation ont nécessairement un coût que les entreprises cherchent à abaisser, voire à éviter, dans la course à la rentabilité qui se déploie au plan de la mondialisation. Le XVIIe Congrès mondial pour la santé et la sécurité au travail⁶⁴ a mis l'accent sur le fait que la mondialisation de l'économie va conduire à délocaliser les productions et les risques d'accidents de travail et des maladies professionnelles des pays développés, disposant d'une réglementation protectrice et d'une main d'œuvre qualifiée, vers les pays en développement.

4/ L'inégalité dans l'accès à la médecine du travail

En plus des problèmes significatifs évoqués ci-dessus, les travailleurs dits « atypiques » sont encore plus éloignés d'une quelconque opportunité de préservation de leur santé. Ainsi chômeurs, sous-traitants, intermittents et retraités subissent la concurrence du marché à plusieurs égards, ce qui affecte considérablement leur suivi en matière de santé. L'inégalité des travailleurs dans l'accès à la prévention, aux soins et au suivi médical professionnel est notable. Selon leur activité, leur contrat, la taille de leur entreprise, ils se retrouveront plus ou moins marginalisés.

⁶² IGAS, « la prévention sanitaire en milieu de travail », Rapport n° 2003 015, Février 2003, La documentation française

⁶³ Article 1^{er} de la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation de la médecine du travail

⁶⁴ Le XVIIe Congrès mondial pour la santé et la sécurité au travail s'est tenu à Orlando (Etats-Unis) du 17 au 22 septembre 2005

Les systèmes de reconnaissance et de réparation des risques professionnels sont par ailleurs différents selon la branche concernée. Les travailleurs du « fluvial » du « ferroviaire », de l'agriculture ont des régimes particuliers. Sans omettre la Fonction publique d'Etat et des collectivités territoriales où n'existent que des CHS⁶⁵, créés en 1990, sans compétence concernant les conditions de travail ; ce qui restreint leurs possibilités d'interventions en matière de prévention. La mission du médecin de prévention est elle-même limitée de ce fait. Le chômage peut ainsi empêcher l'accès à la médecine du travail ou couper le travailleur de celle-ci, son suivi étant empêché par le manque de coordination constaté entre les médecins du travail.

Le lien entre le médecin du travail et le médecin traitant doit également être amélioré. Cela permettrait d'autre part un meilleur suivi des retraités, d'autant plus qu'en France le suivi après la carrière professionnelle est quasiment inexistant.

L'accès à la médecine du travail prend également des formes différentes selon le type d'emploi plus ou moins précaire: Le cas des intérimaires et des sous-traitants pose particulièrement problème. Une partie des risques économiques de l'entreprise donneur d'ordre sont externalisés par le jeu du recours à la sous-traitance, à l'intérim. Le coût social est élevé pour les salariés. Les statistiques de la CNAMTS montrent par exemple que les travailleurs temporaires ont un taux d'accidents du travail 2,2 fois plus élevé que la moyenne et un taux d'accidents du travail mortels de 2,1 fois plus important. La perception du risque et le suivi des populations exposées y est plus difficile. En effet, l'accès à la médecine du travail étant impossible dans le système actuel, on peut seulement tenter de limiter l'exposition au risque pour les salariés sous-traitants.

Il existe aussi des différences dans la pratique selon le type et la taille des entreprises : du nombre d'heures de présence nécessaires à la santé des employés dépend l'organisation des services médicaux du travail, qui peuvent faire partie d'un service interentreprises ou d'un service propre à l'entreprise (quand le nombre des salariés est suffisant pour justifier l'emploi d'au moins un médecin à temps plein). En effet, dans le premier cas, il y a une plus grande indépendance du médecin vis-à-vis de l'employeur que dans le second, mais aussi un moins bon contrôle de la part des organisations sanitaires.

C- La psychiatrie, révélateur des difficultés d'une politique de prévention

Les problèmes posés par la médecine psychiatrique méritent du point de vue des différentes approches de la CNCNH, une étude approfondie, qui est en cours.

Au stade actuel, la Commission s'est focalisée sur un aspect particulier : l'évolution des quelque vingt dernières années, révélatrice de difficultés qui affectent le jugement porté sur l'ensemble du problème de l'accès aux soins. En effet, après un développement optimiste de la psychiatrie jusqu'aux années 1985, les acteurs de ce secteur se sentent délaissés, particulièrement depuis 1991. La manière dont l'offre de soins était organisée avant 1985 lui conférait bien des caractéristiques d'une médecine préventive. Les professionnels décrivent de façon convaincante comment, bien qu'il s'agisse de soins spécialisés, ils sont en première ligne, et qu'une offre de soins dont le seuil est bas et qui s'adresse directement à la population d'un secteur joue un rôle évident dans la prévention. Mais actuellement, l'offre de soins de proximité est considérablement réduite au profit d'une focalisation sur l'urgence, les hospitalisations contraintes et la psychiatrie privée. Ce qui est donc écrit comme une crise de la psychiatrie de secteur fait donc réfléchir sur une tendance qui peut menacer toute action de prévention :

On ne réfléchit plus à long terme, mais à court terme en donnant priorité à la réponse judiciaire.

⁶⁵ Comité d'Hygiène et Sécurité

Ce changement dans la manière d'aborder la psychiatrie est justifié par des contraintes économiques. Cependant, Talbot⁶⁶, remet en cause ce type de raisonnement par son concept de « transinstitutionnalisation ». En effet, une économie des coûts de la psychiatrie génère en contrepartie d'autres coûts tels que ceux relatifs aux prisons, à l'hospitalisation d'urgence...D'un point de vue économique, on pourrait dire qu'une politique psychiatrique axée sur la prévention entraîne un « retour sur investissement ».

Néanmoins, le domaine de la psychiatrie ne suscite pas une réaction de solidarité spontanée de la part de la société qui ne s'est pas mobilisée et ne se mobilisera pas d'elle-même pour défendre un modèle psychiatrique axé sur la prévention. En effet, les bénéfices d'un tel type de psychiatrie, ainsi que les coûts de la transinstitutionnalisation sont difficiles à évaluer. De plus ce secteur manque d'attractivité, de personnel qualifié, les perspectives de croissance étant limitée en raison des réductions dans le budget consacré à la psychiatrie.

Les acteurs de la psychiatrie auditionnés par la CNCDH demandent un investissement pluridisciplinaire pour une meilleure évaluation des conséquences de la psychiatrie, une formation adaptée au personnel ainsi qu'un lien entre tous les secteurs ayant un impact sur les maladies mentales (logement, politiques sociales...) Ils réclament une cohérence d'ensemble des politiques afin de dynamiser ce secteur délaissé depuis 1991 mais pourtant essentiel.

Le plan santé mentale, mis en place en février 2002 par Philippe Douste-Blazy puis repris par Xavier Bertrand, alors Ministre de la santé, de la famille et des solidarités semble répondre aux attentes des professionnels de ce secteur : Un budget plus conséquent est consacré à la psychiatrie, d'autres structures types Unités Hospitalières Spécialement Aménagées seront mises en place et une formation plus adaptée aura lieu afin de renforcer l'attractivité de ce secteur.

Les acteurs de la psychiatrie, souvent déçus par le décalage entre réalité et politiques annoncées, espèrent que ce plan permettra une mobilisation pour une solidarité qui n'est pas ressentie spontanément.

⁶⁶ Talbot a présidé l'association des psychiatres américains.

III. La nécessité de repenser une véritable approche de santé publique

A. Une prise de conscience des enjeux d'une politique de santé publique

Ce survol des différentes approches des politiques de prévention donne un constat alarmant, et l'on ne s'étonne pas que l'Inspection générale des affaires sociales ait pu titrer son rapport 2003 : « Crise de la médecine préventive ».

On en retrouve à chaque fois les mêmes paramètres. A un premier niveau, s'exprime une revendication persistante concernant l'insuffisance ou la diminution des effectifs et des moyens, et elle trouve un écho dans l'inquiétude sur les futurs recrutements et la diminution des vocations.

Sur ce point notamment, un rapport récent de la « Commission Démographie médicale » présidée par le Professeur Yvon Berland⁶⁷ conforte cette inquiétude en mettant particulièrement en garde contre une diminution sensible de la densité médicale et un accroissement de son hétérogénéité sur le territoire. Il est intéressant de noter que ce rapport conclut en soulignant le fait que « le système de soins ne pourrait pas s'orienter de façon harmonieuse sans que se mette en place une dynamique d'explication et d'apprentissage par les patients de l'usage du système de soins, et pour les futurs professionnels d'une évolution de leur formation »⁶⁸.

Mais en arrière plan apparaît surtout l'immensité des tâches à accomplir, dont la technicité est mieux connue et dont il devient certain qu'elle a des effets considérables sur la détermination des actions à cibler et des priorités à définir et à respecter. Un surcroît de travail et de savoir-faire s'inscrit dans tous ces métiers, du fait de ces réflexions et de la nécessité d'évaluer. Et l'on entend, partout et de plus en plus chez ces professions que l'on ne peut tout faire, et que les choix et rectifications de stratégie ont un coût qui vient amputer d'autant les moyens. Le secteur est parcouru par de grandes interrogations, notamment sur la stratégie et une meilleure connaissance des populations les plus vulnérables n'aboutit pas ipso facto à mieux définir les destinataires de l'action de prévention.

1/ Organiser une politique globale et intégrée de santé publique

Dans un contexte où le partage entre la responsabilité individuelle et la responsabilité collective est devenue difficile à opérer, il appartient à l'Etat de mettre en œuvre une politique de santé publique cohérente et adaptée. Il s'agit d'une question d'organisation davantage que de moyens quantitatifs, visant à faire de la santé publique une approche globale et intégrée de soins et de prévention : organisation du système de soins, organisation de la prévention, organisation des moyens selon des priorités qui doivent changer.

La loi relative à la santé publique du 9 août 2004 a marqué une première dans ce siècle afin de rapprocher les soins de la prévention organisée et lutter contre les inégalités. Si cette loi présente l'intérêt de clarifier les rôles des différents acteurs concernés par la prévention, notamment l'Etat, l'assurance maladie, des collectivités, les acteurs privés, il convient aujourd'hui de faire vivre ce texte dans une logique de transparence et de participation des usagers et des professionnels.

Ces services doivent en effet déployer leur action dans un contexte où les compétences administratives sont comme le dit l'IGAS, enchevêtrées et mouvantes. Alors que la période voit la mise en place

⁶⁷ Rapport de la Commission de la démographie médicale présenté au Ministre de la Santé et de la protection sociale, Avril 2005, La documentation française.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 59

d'institutions nationales chargées des divers pans de la santé publique, elles n'en sont qu'à leurs prémices et le lot commun est celui d'une décentralisation qui s'assimile à une période théoriquement transitoire mais en fait très longue à l'échelle d'une génération de désordre, d'irresponsabilité et d'instabilité. Ceci du point de vue des personnes n'est pas facilité par les changements affectant le lien avec le travail, où l'extension d'une précarité et la généralisation de carrières successives ne sont pas favorables à l'organisation de la préservation de la santé sur les lieux du travail. Mais cette dispersion des acteurs est considérée comme un atout, nécessaire au regard de la pluralité des déterminants de santé et des expertises requises, à condition que certaines conditions soient remplies : transparence, mise en commun des données, partage d'information, communications cohérentes, en bref décloisonnement et visibilité vis-à-vis des usagers. La participation des usagers est elle aussi essentielle, comme dans toute politique publique. Car dans la mesure où l'on en appelle à la responsabilité individuelle, il est indispensable de ne pas éluder la valeur de l'information, de la communication, des débats, éléments trop souvent négligés par la France et pourtant essentiels pour l'effectivité de la mise en œuvre d'une politique publique. Comme le souligne l'IGAS⁶⁹, « Dans les pays qui ont engagé une démarche méthodique de promotion de la santé, la définition des objectifs de santé passe non seulement par la consultation des experts, mais également par la diffusion de leurs avis et la consultation, par tous modes, des publics intéressés. C'est ce type de démarche, de débat sur la santé publique, qu'il convient de développer à tous les niveaux en France. »

Il est en effet nécessaire de nouer les organisations et personnes impliquées avec les objectifs. La prévention est en effet davantage une attitude systémique (une manière de travailler les uns avec les autres) plus que de contenu. L'expérience récente des progrès atteints dans la diminution des accidents de la route ou la lutte contre alcoolisme et tabagisme illustre quotidiennement les contradictions qui traversent la société, et chacun pris individuellement. Dans une ère d'individualisme, les messages même bien compris apparaissent à l'usage d'inacceptables coercitions et les retours en arrière sont fréquents, d'où la nécessaire exigence de prudence dans l'interprétation des résultats. Comment faire mieux prendre en charge dans la préservation de la santé le « tous pour un, un pour tous » qui introduirait dans ce sujet austère un vent de générosité ?

2/ Universalité et regard populationnel

L'action collective pour préserver la santé a depuis toujours été au cœur de controverses touchant aux libertés. La santé est certainement aujourd'hui l'un des droits auxquels les populations tiennent le plus et l'échec dans ce domaine est l'un des grands motifs de critique des responsables politiques.

Le progrès même des connaissances vient renforcer la conscience des difficultés puisque l'on sait le rôle de facteurs extra médicaux, l'environnement physique et social étant très souvent déterminant. Il faudrait, à tous les niveaux où la préservation devrait jouer un rôle, des personnels et des équipes ayant une compétence pluridisciplinaire ce qui, à de très rares exceptions n'existe pas.

Mais si la prévention doit se centrer essentiellement sur l'environnement, les comportements et les pathologies mentales, elle a besoin pour avancer de recueillir des données afin d'évaluer la situation et répondre ou anticiper les besoins de manière adaptée, car pour être effective l'universalité n'implique pas la généralité. C'est là que se rencontrent des libertés fondamentales, le droit à la santé et le droit au respect de la vie privée. Puis, au-delà de la collecte de données, au stade de la définition des actions se rencontrent le droit à la santé et le principe fondamental de non-discrimination. Une culture des droits de l'homme doit diffuser à tous les niveaux de responsabilité la nécessité de comprendre et de concilier ces enjeux. L'intérêt de la présente analyse est de mettre en évidence, à l'intérieur même de la théorie des

⁶⁹ Rapport « la prévention sanitaire en milieu de travail », IGAS, février 2003

droits de l'homme, une dialectique permanente et nécessaire entre la protection de la vie privée, la crainte de discrimination et l'utilité de la connaissance, profitable à tous.

En premier lieu, peuvent être nécessaires des données sensibles touchant à l'intimité et à la vie privée des individus. Sur ce point, la société française s'est dotée de protections législatives face aux nouvelles technologies, étayées aussi par des règles européennes. Dans ce contexte, toute donnée à caractère médical est jugée contenir des risques particuliers et fait l'objet de protections renforcées. La question est actuellement d'une grande actualité avec le développement du dossier personnel du malade, les développements scientifiques concernant les données génétiques et l'utilisation de plus en plus répandue de données biométriques. La conscience des risques se répand davantage dans la population, tandis que l'intérêt de constituer des recueils ou des cohortes de données médicales, anonymisées le plus souvent, devient de plus en plus évident. Actuellement, du côté des acteurs de la santé, l'ambiguïté est grande. Nombreux sont ceux qui déplorent les retards ou les obstacles qu'entraînent les procédures relatives aux fichiers. Mais ils sont aussi les premiers à déceler les risques d'atteinte à la vie privée, et de discrimination qu'implique le recueil de données ciblées, ou même les interventions centrées sur les populations décrites comme les plus vulnérables.

En effet, en second lieu, le débat entre l'intervention auprès de tous et la focalisation sur des populations ciblées, qui risquent de s'en trouver stigmatisées est récurrent. Car si le droit à la santé est universel, il est souvent nécessaire, afin de garantir une universalité d'accessibilité et d'effectivité, d'opérer des ciblage. Seul le regard populationnel montre l'écart entre les principes (liberté, accessibilité, universalité, égalité, et solidarité) et la réalité. Si ce regard permet de constater les inégalités sociales et géographiques évoquées plus haut, c'est par cette approche que les priorités doivent être définies, en prenant en compte et en partant des besoins locaux et sociaux. Les « cibles » prioritaires étant, comme le souligne l'IGAS, « les publics dont l'accès au système de santé, pour des raisons sociales, culturelles ou communautaires, reste difficile ». Concrètement le problème tient au fait que les messages généraux de prévention appelant à la responsabilisation individuelle ne peuvent avoir que peu d'impact, ou du moins pas assez (puisque seules les personnes déjà réceptives seront ouvertes au message ; et les personnes concernées l'ignoreront ou ne pourront y faire face; et d'un autre côté une politique de prévention trop ciblée a ses limites, puisqu'elle présente le risque de stigmatiser des personnes. Attentive au respect des libertés individuelles, notamment aux risques de discriminations, la CNCDH insiste sur l'éthique comme une considération primordiale dans la définition et la mise en œuvre d'une politique de santé publique. S'il est nécessaire d'adapter les messages aux risques et populations concernées, il faut veiller à ne pas stigmatiser des populations (notamment en n'influant pas sur le regard porté sur elles). Ainsi l'IGAS indique qu'il convient de mener en parallèle des actions « généralistes » et des campagnes plus ciblées.

B- L'universalité, responsabilité au-delà des frontières

La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats.

L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous. (Constitution de l'OMS)

La santé, avec l'éducation, est au cœur des objectifs du millénaire du développement⁷⁰ fixés par les chefs d'Etat aux Nations Unies, en tant que priorité intégralement lié à l'ensemble des objectifs du développement. Le Dr LEE Jong- Wook, Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé, a

⁷⁰ Résolution 2/55 de l'Assemblée Générale de l'ONU adoptée le 8 septembre 2000 .Cette Déclaration, approuvée par 189 pays, s'est ensuite concrétisée par un plan de campagne qui a fixé les objectifs à atteindre d'ici à 2015.

déclaré qu'il était « indispensable d'améliorer la santé si l'on voulait progresser dans les autres objectifs du Millénaire pour le développement. »

Au-delà du rappel du pacte que constituent ces « objectifs du millénaire » et qui montre la contribution que les pays développés peuvent apporter par l'intermédiaire du commerce, de l'aide au développement, de l'allègement de la dette, de l'accès aux médicaments essentiels et du transfert de technologies, il semble indispensable au regard des droits de l'homme d'intégrer dans une étude relative à l'accès à la santé en France une partie relative aux rapports « Nord-Sud » en la matière. Car tout comme le soulignait le Comité National Consultatif d'Éthique en 2003⁷¹, « ne pas aborder les difficiles questions posées sur le plan éthique par les disparités économiques devient de plus en plus irresponsable ».

Nous ne reviendrons pas sur l'ampleur des inégalités, largement reconnues, mais insistons sur des évidences pourtant largement ignorées, alors que, comme le décrivait le CCNE dans ce même avis, « Il semble pourtant qu'une certaine prise de conscience universelle se dessine, d'autant plus qu'au-delà d'une solidarité élémentaire avec les pays du Sud, il y va de l'intérêt du Nord de contribuer à diminuer l'accroissement de cette inégalité en terme de santé. Si l'accroissement de la richesse des uns s'accompagne du développement de la misère des autres, comment imaginer que, dans le cadre de la mondialisation puissent s'établir des rapports économiques stables à l'échelle planétaire ? »⁷².

Il appartient donc à la France, en tant que pays développé, non seulement de prendre des mesures afin de répondre aux inégalités sur son territoire, mais également de prendre ses responsabilités en traitant des inégalités au-delà des frontières. Ceci doit être une action de la France renforcée et inscrite dans la durée. Elle doit se faire non seulement par des financements, mais aussi par de la coopération et collaboration dans les domaines de l'accès aux soins et aux médicaments essentiels, de la recherche, de la prévention en général et de la promotion de la santé, de manière adaptée aux besoins et aux demandes. Le Rapport de l'OMS de 2003 sur la santé dans le monde⁷³ insiste sur le renforcement des systèmes de santé sur la base des stratégies et principes des soins de santé primaires, pour en faire des constructions intégrées et viables dont toute la population puisse profiter. A cet effet, il faut créer de nouveaux outils sanitaires en utilisant efficacement les connaissances et technologies existantes et disposer de structures et des stratégies appropriées pour les exploiter. Ceci ne pourra être assuré sans « de nouvelles formes de coopération entre les organismes sanitaires internationaux, les dirigeants nationaux de la santé, les agents de santé et les communautés ainsi que les autres secteurs concernés ».

La France doit, dans le cadre de ses responsabilités au niveau national, et dans le cadre de discussions intergouvernementales dans diverses instances internationales (Organisation Mondiale du Commerce, G8, Union Européenne...), veiller à ce que les impératifs commerciaux ne guident pas les politiques en matière de santé publique, ce qui est au détriment de la dignité humaine et de tout sens éthique, et en violation du droit fondamental de l'homme qu'est le droit à la santé.

⁷¹ CCNE, Avis n° 78 du 18 septembre 2003, « *Inégalités d'accès aux soins et dans la participation à la recherche à l'échelle mondiale -problèmes éthiques* ».

⁷² Ibid.

⁷³ Rapport annuel de l'OMS 2003 sur la santé dans le monde « *façonner l'avenir* », 220 p., disponible sur le site Internet www.who.int