



## Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

30 | 2011

KRACH SANITAIRE : la crise, à quel prix ?

---

# Santé publique et politique sécuritaire : l'union contre-nature

Olivier Bernard

---



### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/humanitaire/1108>

ISBN : 978-2-918362-48-7

ISSN : 2105-2522

### Éditeur

Médecins du Monde

### Édition imprimée

Date de publication : 12 décembre 2011

ISSN : 1624-4184

### Référence électronique

Olivier Bernard, « Santé publique et politique sécuritaire : l'union contre-nature », *Humanitaire* [En ligne], 30 | 2011, mis en ligne le 12 décembre 2011, consulté le 24 octobre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/1108>

---

Ce document a été généré automatiquement le 24 octobre 2022.

Tous droits réservés

---

# Santé publique et politique sécuritaire : l'union contre-nature

Olivier Bernard

---

- 1 Une telle logique est sous-tendue par des non-dits, peut-être même des impensés, qu'il est temps de dévoiler : d'abord, les étrangers en situation irrégulière, les pauvres et les déficients mentaux seraient en eux-mêmes porteurs d'une dangerosité ; ensuite, l'un des moyens de se prémunir contre cette dangerosité serait de réduire au maximum l'accès de ces populations aux soins.
- 2 Cette imbrication contre-nature entre santé et sécurité questionne de manière plus globale les enjeux de santé publique et les évolutions de notre système de santé qui, pour mémoire, s'est construit autour de trois dates emblématiques. C'est en 1893 qu'un système de protection de la santé des personnes en situation de grande précarité a été mis en place. Puis, en 1945, au lendemain de la guerre, les bâtisseurs du système français de Sécurité sociale poursuivent un triple objectif : un système unique, pour tous et couvrant le maximum de risques. Enfin, en 1999, la création de la Couverture maladie universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France, en situation régulière et sous le seuil de pauvreté de bénéficier d'une prise en charge de ses dépenses de santé. Cette mesure, forme princeps de « bouclier sanitaire », s'inscrit dans la dynamique de la loi de lutte contre les exclusions de 1998 et du combat pour organiser une certaine forme d'équité dans la répartition des richesses et de lutte contre les inégalités. Parallèlement, l'Aide médicale d'Etat (AME) permet aux personnes résidant en France mais sans autorisation de séjour et vivant sous le seuil de pauvreté, d'accéder aux soins.

## L'Aide médicale d'Etat restreinte

- 3 L'AME est un dispositif aussi utile que symbolique tant il souligne le caractère fondamental de la solidarité envers les plus vulnérables. Pourtant des mesures restrictives ont été votées qui portent atteinte à ce modèle de santé censé garantir l'accès aux soins de tous.

- 4 Ainsi, le 2 novembre 2010, dans le cadre de la loi de finances 2011, la ministre de la Santé et plusieurs députés ont défendu et fait voter à l'Assemblée nationale le démantèlement de l'AME. Ce vote aboutit à éloigner les plus pauvres des structures de soins en mettant en place un droit d'entrée annuel de 30 euros, à retarder les soins lourds pour ceux qui en ont le plus besoin en mettant en place des procédures de contrôle inutiles et à priver les plus pauvres de certains soins. Ces amendements qui affichent un objectif exclusivement budgétaire seront à terme particulièrement coûteux : retarder la prise en charge des pathologies aura un coût sans commune mesure avec les économies réalisées.
- 5 Alors que ces mêmes détracteurs s'insurgent devant l'hypothèse d'un afflux massif de migrants en vue d'une utilisation excessive du système de soin français, les données montrent que la nature de la migration tient pour la quasi totalité des cas à des raisons économiques et politiques, et pour une infime minorité à des raisons médicales. Le jour même de la publication de la loi de finance, un rapport conjoint<sup>1</sup> de l'Inspection générale des Finances et de l'Inspection générale des Affaires sociales venait confirmer les constats de MdM et des collectifs associatifs qui se sont mobilisés contre cette décision, démontrant une nouvelle fois le caractère absurde et irresponsable de cette modification<sup>2</sup>.
- 6 En toile de fond de ces mesures se profile l'idée qu'aujourd'hui, certaines populations – les étrangers vivant en France, pauvres et précaires – n'auraient plus légitimement le droit d'accéder aux soins. Au moment même où le ministère de la Santé veut faire de la réduction des inégalités sociales de santé une priorité de la prochaine loi de santé publique, vouloir réduire l'accès aux droits et aux soins pour les plus fragiles est un mauvais signal.

## La protection juridique des étrangers malades entamée

- 7 Jusqu'au 4 mai 2011, le droit français prévoyait qu'une personne de nationalité étrangère, résidant en France et atteinte d'une maladie grave, avait droit à une carte de séjour pour soins. Elle ne pouvait être expulsée si elle n'avait pas la garantie d'un accès effectif à une prise en charge médicale dans son pays d'origine. La loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité en a décidé autrement<sup>3</sup>.
- 8 Le dispositif qui prévalait jusqu'alors répondait pourtant à des objectifs fondamentaux de santé individuelle et publique. D'une part, il garantissait aux personnes vivant en France, ayant des maladies graves et ne pouvant accéder à des soins dans leur pays, la possibilité d'être soignés. D'autre part, il contribuait à la protection sanitaire de la collectivité en assurant que des personnes vivant sur notre territoire sont ouvertement et correctement traitées. La réforme qui a été votée est inutile et dangereuse. Inutile car aucune raison objective et raisonnable ne la justifiait : le dispositif était strictement encadré par une double procédure administrative et médicale, le nombre de cartes de séjours délivrées était resté stable depuis 2008 et ce droit ne générait nullement de migration sanitaire puisqu'il concernait les seules personnes ayant leur résidence habituelle sur le territoire français. Mais si cette évolution législative est aussi et surtout dangereuse, c'est parce qu'au lieu de s'assurer que les personnes peuvent effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans leur pays, on se contentera de

vérifier que des traitements sont théoriquement disponibles. Les malades ne s'y tromperont pas. La réforme conduira beaucoup d'entre eux à préférer entrer dans la précarité *ici* plutôt que d'encourir une condamnation à mort probable *là-bas*, faute de traitement réellement accessible dans leur pays. C'est la situation qui prévalait jusqu'au milieu des années 1990, avant que la loi Debré ne rende ces patients inexpulsables et que la loi Chevènement ne leur reconnaisse un droit au séjour.

## Les populations rroms dans une situation inquiétante

- 9 Les indicateurs de santé pour la population rrom restent particulièrement alarmants. Il en va ainsi de la santé maternelle et infantile, fortement dégradée : seule une femme enceinte sur dix est correctement suivie durant sa grossesse et une femme sur dix en âge de procréer bénéficie d'une contraception (Sources enquête MdM, 2008) ; les mortalités néonatale (0-1 mois) et infantile (0-12 mois) sont respectivement 9 et 5 fois plus importantes que la moyenne française (Source : Romeurope). Et si l'on observe le nombre de cas de tuberculose diagnostiqués, il est extrêmement élevé : en 2010, 6 cas pour 240 personnes en Seine-Saint-Denis soit 2,5 % de cette population, alors que ce taux est de 0,03 % dans la population générale du département (Source : CLAT 93).
- 10 Les expulsions massives de familles rroms, rendues plus médiatiques suite au discours de Grenoble, se poursuivent, exacerbant chez cette population la peur alimentée par des intimidations répétées et des procédures administratives irrégulières de renvoi. Ces mesures ont engendré des ruptures de soins et de traitements pour des patients atteints de maladies chroniques telles que la tuberculose et le diabète, ainsi que l'interruption de campagnes de vaccination contre la rougeole pour les enfants alors que l'épidémie est de retour en France et en Europe depuis plus de trois ans. Une enquête réalisée entre juillet 2010 et juin 2011 dans quatre grandes villes françaises montre ainsi que seules 8 % des personnes rroms interrogées ont un carnet de santé confirmant que leurs vaccins sont réellement à jour et parmi celles disposant de ce document, 55% seulement sont correctement vaccinées pour la rougeole (Source : enquête MdM juillet 2011)<sup>4</sup>.

## L'hospitalisation psychiatrique sous contrainte étendue

- 11 Le 2 décembre 2008, depuis une enceinte psychiatrique hospitalière, le président Sarkozy se saisissait d'un crime très rare commis par un patient schizophrène pour annoncer un plan pour la psychiatrie. Il aura suffi d'un fait divers dramatique pour relancer une politique de la peur. En amalgamant la folie à une pure dangerosité sociale, en assimilant la maladie mentale à la délinquance, est justifié un train de mesures sécuritaires. Pourtant il convient une nouvelle fois de rappeler quelques chiffres : le rapport de la Commission « Violence et santé mentale » dénombre qu'en 2005, sur 51 411 mis en examen dans des affaires pénales (crime ou délit), 212 ont bénéficié d'un non-lieu pour irresponsabilité mentale, c'est-à-dire 0,4 % des crimes et délits. En revanche, la prévalence des crimes violents contre les patients psychiatriques est 11,8 fois plus importante que dans la population générale, la proportion des vols à leur rencontre 140 fois plus importante<sup>5</sup>.

- 12 La loi du 5 juillet 2011 réformant les soins psychiatriques est ainsi entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2011. Elle renferme deux évolutions d'importance :
- l'élargissement de l'obligation de se soigner pour les patients qui ne peuvent y consentir librement ;
  - l'obligation d'instaurer une audience auprès du juge des libertés et de la détention qui contrôlera le bien-fondé de l'internement.
- 13 Au-delà de ces évolutions qui tendent à majorer l'hospitalisation sous contrainte, la mise en œuvre de la loi est fortement questionnée par les professionnels du milieu psychiatrique et juridique au regard des moyens à leur disposition. En vain, un collectif de citoyens, de professionnels médicaux et sociaux avait dès le 12 décembre 2008 dénoncé les évolutions proposées en refusant de voir la question des soins psychiques réduite à un pur contrôle sécuritaire criminalisant la maladie mentale. Devant tant de « dangerosité » construite, la psychiatrie se verrait-elle expropriée de sa fonction soignante, pour redevenir la gardienne de l'ordre social ?<sup>6</sup>

## Prisons : le secret médical menacé

- 14 Depuis la loi du 18 janvier 1994, l'hôpital est entré dans les prisons avec la création des unités de consultation et de soins ambulatoires et des services médico-psychologiques régionaux. Rattachés à un établissement hospitalier, ces structures ne sont pas subordonnées à l'administration pénitentiaire et, comme le rappelle l'article 45 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, la levée du secret médical est strictement encadrée. Mais un décret intervenu le 23 décembre 2010 prévoit que le personnel soignant des prisons doit être représenté aux commissions pluridisciplinaires uniques, instances qui se réunissent régulièrement pour examiner la situation et le parcours pénal des détenus. Dès lors des informations médicales sur les détenus peuvent leur être demandées, augmentant ainsi le risque de levée du secret médical. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a tenu à rappeler dans son bulletin d'information de juillet-août 2011 que le non respect du secret médical est contraire au code de déontologie médicale et à la loi, tant les conséquences peuvent être lourdes pour les détenus<sup>7</sup>.

## La lutte contre le VIH : quand le statut des malades décide de leur accès aux soins

- 15 Réalisé à partir d'une simple goutte de sang, le test de dépistage rapide du VIH permet d'obtenir dans un délai très court un résultat et constitue un outil complémentaire aux tests de dépistage existants. En cela, il s'avère particulièrement adapté à des populations exposées ayant peu accès aux dispositifs de dépistage classiques. Depuis le 17 novembre 2010, la réglementation autorise la réalisation de ces tests dans les cabinets médicaux, les hôpitaux, les structures et associations de prévention sanitaire. C'est une réelle avancée pour le dépistage du VIH en France, en particulier pour les populations vulnérables, parmi lesquelles les étrangers en situation irrégulière. Prévenir, dépister, accompagner vers les soins ceux qui ne peuvent pas bénéficier des structures classiques que sont les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou les établissements de santé, contribue ainsi à réduire les inégalités de santé.

- 16 Pourtant, le « paradoxe sanitaire » se noue<sup>8</sup>. En effet, dans le même temps, une série d'attaques visant l'Aide médicale d'Etat (AME) compromet l'accès aux traitements pour les plus vulnérables et peut avoir des conséquences dramatiques pour les malades. Les difficultés d'accès à la prise en charge et aux traitements pour des personnes dépistées séropositives risquent de s'accroître, notamment pour les étrangers en situation irrégulière aux revenus très faibles. En effet, les mesures récemment votées à l'Assemblée nationale dans le cadre de la loi de finances pour 2011 et de la loi immigration, intégration et nationalité restreignent respectivement l'accès à l'AME et au droit au séjour pour raison médicale. Contradictoires avec les recommandations de santé publique les plus élémentaires en matière de prévention du VIH, dangereuses pour la santé des plus démunis, ces mesures doivent être dénoncées. La situation statutaire d'un individu ne peut en aucun cas justifier une quelconque limitation de l'accès aux soins.

## Des aidants transformés en « délinquants de la solidarité »

- 17 Aujourd'hui en France, accueillir, accompagner ou simplement aider une personne sans papiers est considéré comme un délit au titre de la loi. En effet, quiconque vient en aide à une personne en situation irrégulière sur le territoire tombe sous le coup de l'article L. 622-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), qui prévoit jusqu'à cinq ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende. En 2009, dans un contexte de montée des pressions policières à l'encontre de bénévoles associatifs ou de professionnels du secteur fondées sur les dispositions de cet article, un groupe d'associations s'est constitué en collectif « délinquants solidaires »<sup>9</sup>. Par un appel du 8 avril 2009 et une pétition nationale, il en a appelé à la mobilisation en vue de l'abrogation de ce délit. Il s'agit pour ces associations de rappeler que les mesures prises contre ces « délinquants de la solidarité » sont par principe inacceptables. Intimidantes, dissuasives et répressives, elles instaurent un climat de crainte qui décourage la solidarité, tout en menaçant gravement l'intervention sociale, l'accès des étrangers à leurs droits fondamentaux et plus largement toute action d'aide et de soutien.
- 18 En affirmant qu'il y a place pour la répression à côté de la prévention et du soin, la nouvelle politique de santé cherche sa place au sein d'une politique générale qui l'encourage au renoncement éthique, à l'acceptation de la restriction de son champ d'intervention et au ralentissement du déploiement des réformes socio-sanitaires attendues. En agissant de la sorte, le ministère de la Santé participe à la dissimulation de la misère ou à la limitation de l'accès aux soins des plus précaires. Ces renoncements nous offrent l'image d'une politique de santé qui tient lieu de « service après-vente » d'un tout-répressif et d'un tout-sécuritaire. Parfois entendue, parfois désavouée, il est temps que la politique de santé ait pour seul objectif d'afficher haut et fort que la santé est un droit commun fondamental, droit associé à l'accès à d'autres droits comme la justice, l'éducation, le travail et le logement. C'est le respect de ces droits fondamentaux qui constitue la meilleure garantie de cet autre droit essentiel qu'est la sécurité pour tous.

---

## NOTES

1. Alain Cordier, Frédéric Salas, Analyse de l'évolution des dépenses de santé au titre de l'aide médicale d'état, novembre 2010, Inspection générale des Finances, n°2010 M 065-03 ; Inspection générale des Affaires sociales, n°RM 2010-162P.
  2. <http://odse.eu.org/-AME-et-CMU>
  3. <http://www.odse.eu.org/Le-Senat-a-vote-la-condamnation-a>
  4. Lire le document produit par Médecins du Monde en juillet 2011, un an après le discours de Grenoble, Parias, Les Roms en France, <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Dossiers-de-presse/France/Parias-les-Roms-en-France>
  5. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000729/0000.pdf>
  6. <http://www.collectifpsychiatrie.fr/>
  7. [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn\\_bulletin/medecin\\_18\\_complet.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecin_18_complet.pdf)
  8. [http://www.humanite.fr/29\\_11\\_2010-le-paradoxe-sanitaire-fran%C3%A7ais-458818](http://www.humanite.fr/29_11_2010-le-paradoxe-sanitaire-fran%C3%A7ais-458818)
  9. <http://delinquants-solidaires.org/>
- 

## RÉSUMÉS

Le 30 juillet 2010, dans ce qui allait devenir le fameux « discours de Grenoble », le président de la République pointait du doigt la communauté rom et annonçait la multiplication des expulsions. A plus de la moitié d'un quinquennat déjà estampillé du sceau sécuritaire, ce discours marque incontestablement une rupture, en quelque sorte une « extension du domaine de la lutte » contre les plus fragiles. Au-delà de cette seule prise de parole et de la stigmatisation d'une communauté, on peut s'interroger – et nous le faisons ici sur la base d'exemples concrets – quant à la logique présidant à un certain nombre d'évolutions législatives ou réglementaires d'ordre sécuritaire qui impactent, directement ou non, la santé.

## INDEX

**Mots-clés :** Accès aux soins, Aide Médicale Etat (AME), Droit, Droit à la santé, Minorité ethnique, Politique de santé, Protection sociale, Roms, Santé, Santé publique, Sida

**Index géographique :** France

## AUTEUR

**OLIVIER BERNARD**

Olivier Bernard est médecin pédiatre et président de Médecins du Monde