

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

16, RUE BONAPARTE - 75272 PARIS CEDEX 06

TÉL : 01 42 34 57 70 - FAX : 01 40 46 87 55

www.academie-medecine.fr

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie. L'Académie saisie dans sa séance du mardi 20 juin 2017, a adopté le texte de ce rapport avec 40 voix pour, 23 voix contre et 13 abstentions.

RAPPORT

Précarité, pauvreté et santé

Precurity, poverty and health

MOTS-CLÉS : PAUVRETÉ, PRECARITÉ, PREVENTION, FACTEURS DE RISQUE, INÉGALITÉS SOCIALES, POLITIQUES DE SANTÉ.

KEY-WORDS: POVERTY, FRAILITY, PREVENTION, RISK FACTORS, SOCIAL INEQUALITIES, HEALTH POLICY.

Alfred SPIRA * (Rapporteur) au nom d'un groupe de travail ** rattaché à la Commission XIV (Déterminants de santé - Prévention - Environnement)

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en rapport avec le contenu de ce rapport.

RESUMÉ

La précarité est l'incapacité des individus à jouir de leurs droits fondamentaux, en particulier dans le domaine de la santé. Pauvreté et précarité sont intimement liées.

Il y a en France environ 9 millions de personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté, dont 3 millions d'enfants, 140 000 personnes vivant à la rue (les « SDF »). La France accueille chaque année 200 000 migrants, en Ile de France 35 000 personnes sont hébergées chaque nuit dans des hôtels ou des dispositifs dédiés.

* Membre de l'Académie nationale de médecine

** Membres du groupe de travail : Membres de l'Académie nationale de médecine : Mmes M. ADOLPHE (+ANPh), MT. HERMANGE, D. LECOMTE. MM. G. BENOIT, Cl. DREUX (+ANPh), G. DUBOIS, M. GENTILINI, C. GERAUT, Cl. GIUDICELLI, R. GONTHIER, Cl. JAFFIOL, C. LAVERDANT, Y LEVI (+ANPh), J-M MANTZ, J-P MICHEL, J. MILLIEZ, C. MOLINA, J-P OLIE, PF. PLOUIN, CF. ROQUES-LATRILLE, J. ROUËSSÉ, Y. TOUTOU (+ANPh), A. VACHERON.

Membres de l'Académie nationale de Pharmacie : MM. J-G GOBERT, E POSTAIRE, F TRIVIN

Membres de l'Académie Vétérinaire : Mme J.BRUGERE-PICOUX (+ANM). MM. JP LAPLACE (+ANM)

Parmi les plus précaires, la mortalité et la morbidité sont augmentées. Le taux de couverture vaccinale est inférieur parmi les enfants issus de familles pauvres, la participation aux dépistages des cancers dépend de facteurs socio-économiques, les campagnes de prévention sont d'autant moins efficaces que le niveau de revenus est bas. L'accès aux soins et à la prévention de certains sous-groupes de la population est particulièrement difficile : personnes vivant à la rue ou en grande précarité, personnes hébergées à l'hôtel par le Samu social (115), prisonniers, gens du voyage, migrants...

De très nombreux dispositifs sanitaires et sociaux ont été développés à destination des populations précaires : Aide médicale d'Etat, Couverture maladie universelle complémentaire, Aide complémentaire santé, Equipes mobiles psychiatrie précarité, Permanences d'accès aux soins de santé, Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Programmes d'accès à la prévention et aux soins gérés par la Agences régionales de santé, etc. De nombreuses associations humanitaires sont actives dans le champ de la santé. Malgré le déploiement de moyens importants, la situation sanitaire des personnes précaires et pauvres est de plus en plus préoccupante. De nouvelles initiatives doivent être encouragées pour que la santé ne reste pas une préoccupation secondaire pour les pauvres et les précaires, pour améliorer le bien-être des « exclus de la santé », pour favoriser la prévention.

Des efforts particuliers doivent concerner les populations les plus vulnérables : chômeurs, personnes âgées, femmes enceintes et enfants, familles monoparentales et malades en situation de précarité, migrants, exclus sociaux, en facilitant l'accès aux mesures déjà existantes, en adaptant leur large panoplie à la mosaïque des situations qui existent, en les coordonnant de façon efficace, en développant de nouveaux moyens facilitant l'accès à la santé. Des mesures appropriées sont recommandées concernant la coordination des actions dans ce domaine, la facilitation de l'accès aux droits, le recours à des technologies facilitatrices, le déploiement ciblé des richesses de notre système de santé. L'intégration de ces spécificités contribuera à faire de la santé un droit pour tous et à ce qu'il existe moins de personnes exclues de la santé. La coordination des dispositifs européens doit être renforcée.

SUMMARY

Precaarity is the inability of individuals to enjoy their fundamental rights, particularly in health. Poverty and precariousness are intimately linked.

In France about 9 million people live below poverty line, including 3 million children, and 140,000 people living on the streets (the "homeless"). France welcomes every year 200 000 migrants, in Ile de France 35 000 people are hosted each night in hotels or dedicated devices.

Among the most precarious, life expectancy at age 35 is decreased by several years, the risk of depression, of metabolic diseases and of cardiovascular disease are drastically increased. Vaccine coverage is lower among children from poor families, participation in cancer screening depends on

socio-economic factors, prevention campaigns are less effective as income levels are low. Access to care and prevention of certain subgroups of the population is particularly difficult: people living in the streets or in very precarious situations, people staying in hotel by the Samu social (115), prisoners, Roms , migrants, ...

Many health and social programs have been developed for precarious populations. Many humanitarian NGO associations are active in the field of health. Despite this deployment of important resources, the health situation of the precarious and the poor is increasingly worrying. New initiatives must be promoted to allow that health is not a secondary concern for the poor and the precarious, to improve the well-being of those excluded from health to promote prevention.

Special efforts should be made for the most vulnerable populations: the unemployed, the elderly, pregnant women and children, single-parent families and sick people in precarious situations, migrants, by facilitating access to existing measures, adapting their wide range to the mosaic of situations by coordinating them effectively, by developing new ways of facilitating access to health. Appropriate measures are recommended for coordinating actions in this area, using facilitative technologies, targeted deployment of the wealth of French health system. European countries should better coordinate national social and health systems in order to preserve adequate follow-up. The integration of these specificities will help to make health a right for all and that there are fewer people excluded from health.

Dans un contexte général d'amélioration de la santé, plus de 5 millions de personnes ne disposent pas de la totalité de leurs droits à la santé en France en 2017¹ [1,2]. L'espérance de vie à 35 ans des plus pauvres est diminuée de plusieurs années, de nombreuses pathologies sont fortement augmentées parmi eux, en particulier le risque de dépression, de maladies métaboliques et de maladies cardio-vasculaires [3,4]. Ce rapport a pour but de proposer des dispositifs spécifiques et coordonnés qui pourraient améliorer, pour les personnes pauvres et précaires, l'accès aux droits en santé, le recours au système de soins et la prévention des maladies.

INTRODUCTION

La précarité est le défaut d'accès à un ou plusieurs des dispositifs qui permettent aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins importante, avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger ou devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. Cette définition exprime la vulnérabilité, l'inquiétude et la perte de dignité de ces personnes qui basculent dans la précarité, la grande pauvreté qui s'en suit étant définie de plus par des critères économiques et financiers. La précarité peut être la conséquence de nombreuses situations médicales (maladies chroniques, handicaps, troubles psychiatriques, personnes vulnérables et isolées), médico-sociales (déficits fonctionnels, dépendances liées à l'âge) et socio-économiques (exclusion sociale quelle qu'en soit la cause : perte de revenus, chômage, migration, familles monoparentales) [5]. Chez les migrants ou les populations déplacées, l'entrée en précarité est plus ou moins accentuée par leur culture, leurs difficultés d'usage de la langue française et leurs origines.

Les personnes les plus pauvres ont une vie plus courte, car elles sont plus souvent touchées par une fragilisation et une altération de leur santé, susceptibles d'accroître leur précarité, les entraînant dans un cercle vicieux, dont il est cependant possible de sortir grâce à des interventions adaptées [3].

¹ Les « sans-papiers » non bénéficiaires de l'AME, les personnes éligibles à la CMUc et à l'ACS qui ne recourent pas à leurs droits.

Parmi les sources d'inégalités de santé liées à la pauvreté, les plus importantes sont : les mauvaises conditions de vie et notamment celles de travail ; les modes de vie inadaptés, les produits et comportements à risque (tabac, alcool, alimentation, sédentarité, violences), la mauvaise qualité de l'environnement (bruit, mauvaise qualité de l'air ou de l'eau, etc.) ; l'éducation et la structure sociale (position relative, soumission à une domination hiérarchique et perte d'autonomie, en particulier dans le travail) ainsi que le plus faible recours au système de santé et de soins [5]. Par ailleurs le mauvais état de santé accentue la diminution de revenus, ces deux effets conjuguant leurs effets néfastes [6,7].

I. ETAT DES LIEUX

1- Pauvreté et santé en France

En 2015, cinquième puissance économique mondiale, 8,8 millions de personnes, soit 14,1% de la population vivant en France, disposaient pour vivre d'une somme inférieure au seuil de pauvreté (1008€/mois une personne, 2116 €/mois pour un couple avec deux enfants)². Le revenu médian des personnes pauvres s'élève à 805€/mois. La pauvreté concerne un enfant sur cinq, soit trois millions. La pauvreté est un phénomène massif qui s'accroît dans notre pays, avec une augmentation d'un million de personnes pauvres entre 2004 et 2014. Cette situation des personnes, pauvres ou non, est fragilisée par des situations de handicap, de dépendance, en particulier liées à l'âge [1].

- Inégalités sociales, mortalité, morbidité

Le risque de décès dépend très fortement du niveau absolu de ressources des individus, mais aussi largement de l'environnement social et économique ; les inégalités sociales de mortalité ne sont pas entièrement expliquées par l'effet de l'éducation et des conditions de travail [3].

Pour les enfants, les conséquences de la précarité des parents sont nombreuses. Ainsi, les taux de prématurité et de petit poids de naissance sont plus importants chez les enfants de foyers dont les revenus sont les plus faibles. Les enfants d'ouvriers, de même que les enfants scolarisés en « Zone d'Education Prioritaire » ou ceux en zone rurale ont un état buccodentaire plus mauvais ou sont plus souvent en surcharge pondérale que les autres enfants : 4,5 % d'obèses (pour les enfants d'ouvriers) contre 1,2 % (pour ceux de cadres) en grande section de maternelle, 5,8 % contre 0,8 % en CM2.

² Selon les données 2014 de l'INSEE, si l'on fixe le seuil de pauvreté à 60% du niveau de vie médian.

Les agriculteurs et artisans présentent les prévalences de surpoids les plus élevées (70 % chez les hommes et 44 % chez les femmes). Les cadres et professions intermédiaires présentent les plus faibles prévalences de surpoids (51 % chez les hommes et 27 % chez les femmes). Dans le même temps, les trois quarts des personnes accueillies dans les banques alimentaires ne mangent pas assez pour couvrir leurs besoins nutritionnels (insécurité alimentaire), cumulant déficit et déséquilibre alimentaire. Certaines complications du diabète et de l'hypertension artérielle sont plus fréquentes chez les personnes socio économiquement défavorisées [4,7].

Parmi les plus précaires, le risque de dépression est multiplié par 2,4, celui de maladies métaboliques par 2,9, de maladie cardio-vasculaire par 1,4 [3,4]

Le 10^{ème} baromètre « IPSOS – Secours Populaire Français 2016 » indique que 28% des personnes interrogées, tous niveaux de revenus confondus, déclarent avoir déjà renoncé ou retardé une consultation chez un dentiste, 30% pour l'achat de lunettes ou de lentilles de contact, 40% pour une consultation chez un médecin spécialiste. Les taux de renoncement sont beaucoup plus élevés (jusqu'à 50%) pour les personnes dont le revenu net du foyer est inférieur à 1200€/mois.

- **Prévention**

Le taux de couverture vaccinale est inférieur parmi les enfants issus de familles pauvres et/ou précaires, sauf dans les départements où les services de Protection maternelle infantile sont les mieux organisés. La participation aux dépistages des cancers dépend de facteurs socio-économiques : pour le cancer du sein, les femmes à niveau de diplôme plus bas ou disposant des revenus les moins élevés ont les taux de participation les plus faibles.

Les campagnes de prévention sont d'autant moins efficaces que le niveau de revenus est bas : parmi les cadres, la consommation de tabac a nettement baissé depuis 15 ans, de 36 % à 27 %, puis est restée stable à 29 %, alors que parmi les chômeurs, le tabagisme a connu une baisse initiale plus faible, et une remontée plus forte (de 44 % à 40%, puis 49 % actuellement) [7].

Nous présentons ci-dessous un rapide panorama de quelques situations particulières, sans prétendre à l'exhaustivité.

2- Santé et grande précarité

Il y a en France au moins 140 000 personnes vivant à la rue de façon occasionnelle ou permanente (« SDF »). On estime que 32% d'entre elles présentent un trouble psychiatrique sévère, 25% n'ayant jamais eu recours aux soins et la moitié ayant des conduites addictives (tabac, alcool, cannabis, etc.). Les facteurs de risque favorisant ces troubles sont des difficultés sociales précoces, des événements de vie graves, un faible niveau scolaire, une

enfance perturbée. Ils sont accentués par une mauvaise utilisation des services sanitaires et sociaux existants. De plus les préoccupations sanitaires leurs sont secondaires [7].

L'offre des services de psychiatrie n'est pas adaptée à ces besoins très spécifiques. Cette patientèle est en effet très particulière, dans sa relation complexe à l'assistanat, son détachement par rapport aux liens familiaux et sociaux, aux services sanitaires et sociaux, leur dérive et marginalisation.

Les dispositifs décrits ci-dessous ont pour objectifs de permettre à ces personnes de retrouver leur dignité, sinon leur estime de Soi, ainsi que les compétences pour leur permettre de faire des choix.

Les équipes mobiles psychiatrie – précarité (EMPP). Il en existe 120 sur le territoire national. Elles permettent d'aller vers les personnes, où qu'elles se trouvent. Elles assurent une permanence dans certains lieux sociaux, des interventions lors de déplacements sollicités et de maraudes. Leurs actions reposent sur des entretiens individuels, orientent et accompagnent vers des prises en charge de « droit commun », des préparations des sorties d'hospitalisation.

Les permanences d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique (PASS en milieu psy) fonctionnent de façon complémentaire aux PASS généralistes décrites ci-dessous.

Les expérimentations d'accès aux droits en santé mentale (ADSM) tentent de favoriser l'insertion des personnes dans l'accès au système de santé.

L'expérimentation « un chez soi d'abord » pour les malades mentaux est en cours de généralisation. Elle vise à permettre l'accès à un logement stable et adapté. Il convient de souligner qu'un toit seul ne suffit pas, un accompagnement social seul ne suffit pas, un suivi médical seul ne suffit pas. L'ensemble de ces interventions doit être combiné et coordonné.

La gestion de l'ensemble du dispositif est assurée au niveau national par la DGS, au niveau régional par les ARS.

3- Les personnes hébergées à l'hôtel par le SAMU social de paris (115).

Le Samu social est un dispositif développé à partir de 1993 à l'initiative de Xavier Emmanuelli dans le but de « secourir les plus démunis selon la déclaration universelle des droits de l'Homme en réaffirmant les principes « de Liberté, d'Égalité, de Fraternité et de Solidarité » [8]. Il en existe dans toutes les grandes métropoles. Dans la région Ile de France, environ 35 000 personnes sont hébergées chaque nuit, été comme hiver dans des hôtels ou des dispositifs dédiés, soit 15% du parc hôtelier de la région. Les conditions de vie sont très difficiles et précaires : en hôtel, dans un cas sur deux les enfants dorment dans le lit de parents (le plus souvent de la mère qui est le seul parent présent), dans un cas sur cinq il n'est pas

possible de cuisiner, 10% des enfants de 6 à 12 ans ne sont pas scolarisés. L'insécurité alimentaire majeure touche la moitié des mères et le tiers des enfants ; le surpoids et l'obésité concernent 76% des mères et 26% des enfants. Les dépressions et tentatives de suicide des adultes sont hautement fréquentes, un tiers des enfants présentent des troubles émotionnels et du comportement. Moins de la moitié des femmes sexuellement actives ont recours à une contraception, contre 95% des personnes de même âge dans la population générale. Le suivi des grossesses est insuffisant dans les deux-tiers des cas. Le renoncement aux soins en cas de besoins concerne environ 30% des personnes, dont 20% ne disposent d'aucune assurance maladie.

4- La santé dans les prisons

Depuis le rattachement de la santé pénitentiaire au ministère de la Santé, un dispositif médical autonome est très présent dans le monde carcéral. Il permet de pointer les principaux problèmes sanitaires liés à la surpopulation et aux difficultés d'hygiène, à la santé bucco-dentaire, aux troubles de la vision, aux addictions, aux maladies transmissibles, au diabète, à la santé mentale, etc. Le séjour en prison peut permettre la sensibilisation de populations fragiles et précaires aux questions de santé en général et de prévention en particulier, dans le respect des choix de l'individu ; de remettre le patient sur une dynamique de soins ; de proposer du dépistage et de l'éducation à la santé ; de faire en sorte que le passage en prison ne soit pas une rupture complète avec le monde extérieur ; de veiller au respect de l'éthique et du secret médical compte tenu des impératifs d'organisation de l'univers carcéral ; de concevoir et proposer des relais sanitaires à l'issue de l'incarcération. De nombreuses améliorations ont été apportées à ce dispositif au cours des années récentes, mais les difficultés sont encore nombreuses (durée aléatoire de la détention dans le même lieu, problèmes liés à la réinsertion à la sortie...), accrues par les caractéristiques de ces patients, l'insuffisance des moyens, le manque d'attractivité de la médecine en prison et l'épuisement physique et psychologique des personnels de santé.

5- Les gens du voyage

Soumis à des conditions difficiles, ils vivent très souvent dans une très grande précarité. On estime que leur espérance de vie est d'environ 10 ans inférieure à celle de la population générale. Les enfants sont particulièrement sensibles. Un programme national de médiation sanitaire (PNMS) en direction d'habitants de bidonvilles et de gens du voyage en précarité permet, depuis 2012, d'intégrer leur situation dans les programmes régionaux de santé, en

particulier les PRAPS. Un réseau de médiateurs, interfaces entre le public ciblé et les acteurs de santé et qui se déplacent sur les lieux de vie (le « aller vers ») permet, de façon locale et ponctuelle, de faciliter l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. La loi santé de 2016 vient de donner à ce programme une assise réglementaire, mais les moyens alloués sont encore insuffisants.

6- Migrations et santé des migrants

A l'heure de la mondialisation, il y a environ 250 millions de migrants dans le monde. La France en accueille environ 200 000 par an. Les maladies des migrants sont des pathologies préexistantes ou acquises depuis leur arrivée : affections parasitaires, bactériennes ou virales, tuberculose, affections respiratoires, infections sexuellement transmissibles (VIH, VHB), maladies liées à l'environnement (diabète, HTA) ou d'adaptation (logements insalubres, perturbations familiales, du travail, du mode de vie, de l'insécurité). Les migrants sont très vulnérables. Il existe pour répondre à ces besoins, au niveau national, européen et international de très nombreux dispositifs, insuffisamment coordonnés entre eux. Ces personnes passent d'un pays à un autre, les systèmes de santé nationaux n'ont pas toujours des accords et des échanges entre eux. Leur prise en charge, tant pour la prévention que pour les soins, relève en France de dispositifs multiples, complexes, qui ne répondent que partiellement aux besoins [7].

II. DISPOSITIFS EXISTANTS

1- L'assurance maladie en France

Il existe en France un ensemble de dispositifs destinés à permettre à tous l'accès au système de santé. Il s'agit de l'Aide médicale d'Etat (AME) destinée aux personnes étrangères en situation non régularisée, et la Protection Universelle Maladie (PUMa) destinée à permettre l'accès à l'assurance maladie obligatoire (AMO), couramment appelée « la sécurité sociale », à l'ensemble de la population en situation stable et régulière. Ils sont décrits en annexe 1.

2- Les complémentaires santé et droits existants

Le niveau de prise en charge et de remboursement par l'AMO est variable selon le type de soins concernés. Il n'est de 100% que dans le cas des Affections de Longue Durée et de certains soins particulièrement coûteux. Il est en moyenne de 73%, et de 50% environ pour les soins ambulatoires. Une assurance complémentaire peut être acquise auprès d'organismes dédiés : mutuelles, organismes de prévoyance, assureurs privés. Le coût de ces assurances

complémentaires peut être partiellement ou totalement pris en charge par l'employeur (accord national interprofessionnel 2013). Il varie de quelques dizaines à quelques centaines d'euros par mois, selon le niveau de couverture fourni.

Des dispositifs particuliers existent pour les personnes les plus pauvres, en particulier CMUc et ACS (décrits en annexe 2), ainsi que de nombreux minima sociaux qui permettent l'accès à des allocations spécifiques.

Le budget annuel consacré aux dispositifs AME (financé et géré par la CNAM), CMUc et ACS (financé par une taxe sur cotisations aux assurances maladie complémentaires et une taxe sur le tabac, géré par le Fonds CMU) est au total d'environ 3,2 milliards d'euros par an pour environ 7 millions de personnes couvertes, soit un coût moyen annuel de 457€ par personne environ.

Malgré les améliorations apportées à la couverture des droits en santé, de nombreuses situations restent problématiques. Le reste à vivre est faible après paiement aidé de la cotisation ; le tiers payant est irrégulièrement utilisé, sa généralisation n'est pas achevée ; le niveau du panier de soins est insuffisant. Certaines situations sont très complexes : européens communautaires durant leurs 3 premiers mois de séjour en France (ou dans l'impossibilité de prouver leur présence de plus de 3 mois), ressortissants de pays tiers en situation irrégulière durant leurs 3 premiers mois de séjour en France (ou dans l'impossibilité de prouver leur présence de plus de 3 mois³), ressortissants de pays tiers détenteurs d'un visa, personnes couvertes par un autre régime de protection maladie, etc.). Les taux de recours des personnes éligibles à la CMUc et ACS restent faibles, de 40% à 60% environ, en particulier du fait de la complexité d'accès à ces prestations, malgré des efforts importants. Un travail novateur doit être réalisé pour élargir l'accès aux droits en santé des personnes précaires et pauvres, le simplifier, voire le rendre automatique [9,10]. La fusion des dispositifs AME, CMUc et ACS pourrait grandement faciliter le recours des personnes à des dispositifs difficilement lisibles. L'évaluation médico-économique d'une telle évolution devrait être entreprise.

3- Les politiques publiques dans le champ « précarité, pauvreté et prévention en santé »

Ces politiques sont nombreuses, coordonnées par la DGS (sous-direction « Santé des populations et prévention des maladies chroniques »).

³ Comment prouver que l'on séjourne depuis plus de trois mois en France quand on n'a pas de documents administratifs validés ?

Il existe au ministère des Affaires Sociales et de la Santé six directions centrales directement impliquées dans la problématique précarité, pauvreté et santé : Direction générale de la santé (DGS), Cohésion sociale, Offre de soins, Sécurité sociale, Affaires européennes et internationales, Etudes et recherches. La DGS a des contacts importants avec les autres structures publiques concernées, tant au niveau national (Comité national de lutte contre les exclusions, Commission consultative des gens du voyage...) qu'européen et international (OMS), ainsi qu'avec le monde associatif (Médecins du monde (MdM), Comité médical pour les exilés (COMEDE), Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), Cimade, Sidaction, Primo Levi, ISM interprétariat, etc.). D'autres départements ministériels sont concernés par ces politiques (Affaires étrangères, Intérieur, Travail, etc...). Les politiques publiques en santé destinées aux populations précaires sont décrites dans l'annexe 3. Leur déclinaison et coordination territoriales constituent un enjeu primordial [11,12].

4- Les dispositifs PASS et EMPP

Le dispositif PASS a été créé par la loi en 1998 contre l'exclusion et la pauvreté à l'initiative de Jacques Lebas. Il est aujourd'hui géré dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Les EMPP sont le dispositif spécifique pour la prise en charge de la santé mentale, en tout lieu.

Objectifs :

- faciliter accès, accompagnement, adaptation locale ;
- assurer la présence de médecins et de travailleurs sociaux ;
- mettre en place des consultations MG gratuites, médicaments et interprétariat ;
- mettre en réseau et protocoliser la prise en charge

La difficulté majeure est d'assurer la coordination avec le reste du système de santé (hospitalier et ambulatoire).

Il existe en France 368 PASS généralistes, 18 dentaires et 44 psychiatriques, leur coût de fonctionnement est de 63 millions d'euros par an. Leurs missions consistent à faciliter l'accès au système de santé pour les plus démunis, accompagner ces personnes dans la reconnaissance de leurs droits, selon des modalités diversifiées selon le contexte et les spécificités territoriales. Ils associent professionnels de santé et travailleurs sociaux. Leur budget dépend de la taille de leur patientèle. Les PASS régionales ont été généralisées en 2014 pour homogénéiser leur fonctionnement sur les territoires. Leur développement actuel renforce les liens avec les PRAPS et les Programmes Régionaux de Santé. Il existe 22 PASS à

l'APHP et 49 pour l'ensemble de la région Ile de France, elles ont des activités généralistes ou spécialisées (dermatologie, pédiatrie, bucco-dentaire, psychiatrie, ophtalmo, maraude). Il existe une coordination centrale à l'AP-HP et à l'ARS IdF.

Les PASS reçoivent sans rendez-vous. L'un de leur principal problème est leur repérage à l'intérieur des établissements hospitaliers. Leurs liens avec les services d'urgence doivent être améliorés, de même que la construction de partenariats avec les associations du monde social et médico-social, notamment dans le cadre de la lutte contre la grande exclusion.

La file active des PASS à l'AP-HP est de plus de 30 000 patients (2014), ce qui est très peu par rapport à l'ensemble de la population concernée. Les principaux motifs de consultation sont psychiatriques en particulier mais pas seulement. Le fonctionnement des PASS doit prendre en compte l'absence de couverture maladie (58% des consultants), d'attestation d'ouverture des droits, de couverture incomplète, de difficultés financières, souvent chroniques (25% sont à la rue de façon permanente ou épisodique, 49% sont sans ressources). Les PASS connaissent une forte croissance d'activité. Ils tentent de travailler en lien étroit avec le réseau social. Les relations avec la médecine ambulatoire et les associations sont compliquées en pratique. Il existe un chevauchement des tâches entre ces différents intervenants. L'hétérogénéité du fonctionnement et des pratiques génère des difficultés de coordination. Chacun des dispositifs est limité et fragile, une plus grande coordination et synergie sont nécessaires. L'ampleur des problèmes existants et à venir est une menace pour la motivation des acteurs qui peuvent se sentir impuissants ou débordés. Ceci est particulièrement le cas en période d'afflux important de personnes nouvelles, comme depuis 2016. En outre, le contact avec les personnes précaires peut être difficile à supporter (« la précarité c'est laid ; faut-il la regarder de près ? »).

5- Les associations humanitaires actives dans le champ de la santé en France

Plusieurs associations nationales ou locales contribuent à faciliter l'accès au système de santé pour les personnes précaires⁴. Elles sont soit généralistes (comme par exemple le Secours catholique, le Secours populaire, Emmaüs, COMEDE, Cimade, Primo Levi, etc.), soit spécifiquement actives dans le champ de la santé (Médecins du monde, Croix rouge, etc.). Même si certaines d'entre elles peuvent pratiquer des actes sanitaires, elles veillent en premier

⁴ La quasi-totalité des associations existant dans ce domaine sont adhérentes au Comité de la Charte qui garantit l'entière probité de leur fonctionnement. Le Comité de la Charte du Don en confiance réunit aujourd'hui 87 organisations qui y adhèrent volontairement et s'engagent non seulement à respecter la Charte de Déontologie mais aussi à se soumettre à son contrôle continu, garantissant ainsi leur fonctionnement.

lieu à permettre l'accès de tous au système national de santé, c'est-à-dire faire bénéficier de leur droit les personnes présentes en France. En outre, créer un système de santé spécifique pour les précaires contribuerait à instituer une médecine à deux vitesses. L'activité des associations est donc principalement de faciliter l'accès aux droits dans le domaine de la santé, l'accompagnement, enfin la prévention [12, 13,14].

La DGS soutient financièrement les associations qui travaillent dans le champ de la précarité, notamment Médecins du Monde (cf. annexe 4), le COMEDE, l'Association pour l'Accueil des Voyageurs, la FNARS, la Cimade, Sidaction, le Centre Primo Levi, ISM Interprétariat.

III. PISTES DE RÉFLEXION

1. La santé ne doit pas rester une préoccupation secondaire.

Les personnes précaires ont en permanence de nombreux choix à faire, essayant au mieux de parer aux urgences quotidiennes (se loger, se nourrir, se vêtir, assurer les besoins de base pour elles-mêmes et leurs familles...). Pour elles, la santé se situe dans un espace secondaire, ce qui peut engendrer un cercle vicieux : la dégradation de la santé concourt à la dégradation socio-économique, qui aggrave l'état sanitaire. Il faut faciliter la tâche des personnes précaires en rendant la prise de décision plus facile, par exemple en rendant le recours au système de santé plus simple [15].

2. Mieux intégrer les « exclus de la santé » dans la société

Le manque d'informations et leur appropriation par les personnes pauvres est à la base de leurs mauvais choix en matière de santé. Un renforcement de l'estime de soi, un accompagnement adapté peuvent faciliter un changement d'attitudes et de comportements.

L'isolement très fréquent des précaires favorise leur exclusion des réseaux de sociabilité. Renforcer le lien social est un prérequis pour acquérir des modes de vie « sains », pour bénéficier des recours au système de santé, par l'acquisition des droits, la connaissance des ressources existantes, leur utilisation. Le travail a une place centrale dans cet objectif car il est le principal lien qui rattache l'individu à la société. Plus l'individu occupe un emploi stable, plus il a le sentiment de tenir la précarité à distance, *a contrario* plus le travail devient incertain, plus l'individu s'éprouve comme « précarisable ». Concourir à procurer aux précaires et aux plus démunis une insertion sociale stable, en particulier par le travail, contribue à la santé, complet état de bien-être physique, mental et social [15].

3. Favoriser la prévention et la formation

Engager un travail médical, sanitaire et social avec les personnes précaires est non seulement difficile, mais peut être déstabilisant pour les personnes qui le font. La formation des personnels sanitaires et sociaux doit être renforcée pour faciliter le contact, la proximité, l'accompagnement des précaires. Il faut à la fois ne pas considérer les personnes précaires comme « hors normes » ou « anormales », reconnaître les spécificités de leur condition, mettre en place les outils qu'elle nécessite. Ceci nécessite une action conjointe et coordonnée des pouvoirs publics, des professionnels de la santé, du monde associatif.

IV. ORIENTATIONS

1- La prévention en santé est dans toutes les politiques, pas seulement celles de santé

Les personnes précaires et pauvres ont été et sont toujours confrontées à des conditions socioéconomiques souvent très dures, dégradantes et parfois humiliantes. Notre objectif devrait être d'agir avec elles pour protéger leur « capital santé ».

Les campagnes de prévention réalisées en population générale (tabac, alcool, contraception, vaccinations, usage des médicaments, santé mentale, etc.) sont moins efficaces auprès des populations vulnérables et paradoxalement accroissent les inégalités de santé, du fait de leur moindre réceptivité à ces messages. La prévention doit donc s'appuyer sur une double stratégie : populationnelle, adressée à l'ensemble de la population, et ciblée vers les groupes de la population à haut risque.

Les nombreuses associations qui s'engagent dans ce type d'activité doivent être maintenues dans leur diversité et fortement soutenues. Leurs activités doivent être facilitées, en étant mieux coordonnées avec l'ensemble des actions publiques de prévention. Elles devraient permettre de réaliser des gestes simples de prévention, par exemple pour le dépistage du diabète, de l'hypertension artérielle, etc. Le recours aux bilans de santé réalisés dans les centres d'examen de santé de la sécurité sociale (CES, CETAF) devrait être amplifié pour les populations précaires. Ces stratégies devraient être facilitées en allant vers les lieux de vie des personnes concernées.

L'accès à la prévention primaire (en particulier les vaccinations,) et secondaire (les dépistages, en particulier HTA et diabète), l'adaptation de la prévention généraliste (campagnes grand public) et de la promotion de la santé aux populations précaires, la mise en place de programmes de prévention spécifiques (éducation de base, éducation à la santé, nutritionnelle, etc.) pour les populations fragiles doivent constituer des objectifs de toutes les politiques publiques et bénéficier du soutien important de la collectivité [16]. Toute

intervention publique ou privée devrait être mise en place en prenant en considération explicitement ses conséquences sur la santé, en particulier concernant les plus vulnérables, ainsi que les mesures de prévention prévues.

2- Mobiliser tous les moyens pour mieux accompagner les précaires et les pauvres

Les conditions réglementaires de l'accès aux droits en santé, quel que soit le dispositif concerné (AME, PUMa et CMUc, ACS, assurances complémentaires) changent souvent. Les procédures sont complexes, difficiles à comprendre et surtout à mettre en œuvre. Elles doivent être rendues plus facilement accessibles, simplifiées, unifiées. Leur fusion au sein de la PUMa doit être envisagée.

Au-delà de la rencontre et du nécessaire dialogue avec les intervenants, un recours facilité aux technologies numériques d'information et de communication pourrait permettre de faciliter, voire encourager ces démarches, en venant en complément à l'indispensable contact humain. Une meilleure utilisation des informations entre l'ensemble des partenaires/associations et autres facilitera une meilleure coordination. Les outils numériques et réseaux sociaux peuvent y contribuer [17].

Lorsqu'on est dans une situation de grande précarité, la possession d'un téléphone portable, voire d'un smartphone est indispensable et doit être favorisée. Il s'agit d'un instrument de survie, permettant d'avoir accès à des informations d'importance quasi vitale et à la communication. Pratiquement toutes les personnes précaires ont accès au numérique. Ceci mérite d'être facilité. L'association Emmaüs Connect agit pour faire du numérique une chance, et non pas un facteur supplémentaire d'exclusion (la fracture numérique). Une loi facilite la « République numérique ». Le Conseil national du numérique promeut « le numérique comme un vecteur d'*empowerment* individuel » [17]. Une attention toute particulière devrait être portée aux « exclus de la santé ». La conception d'outils numériques dédiés pourrait permettre, selon les caractéristiques sociodémographiques des personnes, de connaître leurs droits réels et les moyens d'y accéder. De tels développements ne peuvent se concevoir que comme des outils venant compléter le dialogue entre les personnes concernées et l'ensemble des professionnels et bénévoles associatifs. Le développement du Service Public d'Information en Santé (SPIS) permettra de renforcer ces dispositifs.

Les migrants se déplacent fréquemment depuis leur pays d'origine puis d'un pays à l'autre. Chaque fois qu'ils arrivent dans un nouveau pays, des investigations plus ou moins complexes doivent être entreprises aussi bien pour leur permettre d'accéder à des droits, en particulier en santé, que pour établir leurs besoins sanitaires. Au-delà de la mise en relation des droits dans

les différents systèmes sanitaires et sociaux nationaux, européens en particulier, il pourrait être très utile de leur remettre des documents sanitaires et sociaux utilisables dans tous leurs parcours, éventuellement sous une forme numérique dématérialisée (ils ont très souvent avec eux un support électronique sous forme de clé USB).

3- Mieux coordonner les acteurs à tous les niveaux d'intervention

Les intervenants sanitaires et sociaux auprès des personnes précaires et pauvres appartiennent aux mondes politiques, réglementaire et administratif, professionnel, associatif, des secteurs public et privé. Leurs interventions sont complétées par des initiatives concernant pratiquement tous les secteurs : emploi, travail, transports, environnement, agriculture, industries, etc. Cette diversité peut devenir un obstacle à l'efficacité et l'efficience des dispositifs mis en place, devenus illisibles, même pour les professionnels et les bénévoles du secteur associatif. La coordination doit impérativement être renforcée entre tous les intervenants. Il importe de faire converger toutes les actions entreprises pour faciliter l'accès aux droits, à l'information, à la prévention et au système de santé émanant de tous les intervenants publics et privés. La mise en place d'une structure de coordination pourrait contribuer à renforcer l'accompagnement, le lien social et l'intégration des précaires dans le système de santé et à coordonner les activités de prévention des maladies et de promotion de la santé dans toutes les politiques et tous les secteurs d'activité aux différents niveaux territoriaux.

CONCLUSION

Les personnes précaires et pauvres présentent des caractéristiques spécifiques qui justifient qu'au-delà des dispositifs socio sanitaires de droit commun et de l'important budget qui leur est consacré, elles bénéficient d'une attention particulière du point de vue médical et préventif. Le bénéfice espéré concernera les personnes concernées elles-mêmes et l'ensemble de la collectivité. Des mesures appropriées intéressant la synchronisation et la coordination des actions dans ce domaine, le recours à des technologies facilitatrices, l'intégration de ces spécificités contribueront à faire de la santé un droit pour tous et à diminuer le nombre des personnes exclues de la santé.

RECOMMANDATIONS

Des efforts particuliers doivent être développés pour préserver la santé des populations les plus vulnérables : chômeurs, personnes âgées, femmes enceintes et enfants, familles monoparentales et malades en situation de précarité, migrants, exclus sociaux, en facilitant l'accès aux mesures déjà existantes, en adaptant leur large panoplie à la mosaïque des situations qui existent, en les coordonnant de façon efficace, en développant de nouveaux moyens facilitant l'accès à la santé.

En pratique :

1) Parce que diverses et nombreuses, les actions publiques et associatives à vocation sanitaire vers les plus démunis et les exclus doivent être mieux coordonnées, tant au niveau national que régional ou local. Ceci justifie la création d'une mission interministérielle de lutte contre l'exclusion en santé.

2) L'accès aux droits sanitaires et sociaux des personnes en situation de précarité doit être facilité par la simplification des procédures administratives allant jusqu'à la fusion des dispositifs existants (AME, CMUc, ACS) et l'automatisme de l'attribution des droits, par la création d'outils numériques spécifiquement adaptés.

3) Les actions de prévention et de promotion de la santé mises en place à tous les niveaux du territoire national doivent comporter un volet destiné aux personnes en situation d'exclusion sanitaire. Ceci doit s'accompagner de la formation des professionnels de santé pour une meilleure connaissance des problématiques sociales et sanitaires générées par la précarité et des outils à mettre en œuvre pour y répondre.

4) Les dispositifs nationaux doivent être coordonnés au niveau européen pour permettre un accès aux droits sanitaires et sociaux afin d'éviter les ruptures de prise en charge lors d'un changement de résidence.

PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES

Zina BAISSA, DGS, Bernard FALIU, DGS, Prescilla PIRON, DGS, Jeanine ROCHEFORT, Médecins du monde, Christine BRONNEC, PASS Hôtel Dieu, Hélène de CHAMPS LEGER, PASS APHP, Alain MERCUEL, Hôpital Saint Anne, Paris, Anne LAPORTE, ARS Ile de France, Isabelle CHABIN-GIBERT, ARS Ile de France, Catherine FAC, UCSA Prison de Fresnes, Patrick AMBROISE, DGS.

SIGLES UTILISES

ACS Aide complémentaire santé

ALD Affections de Longue Durée

AME Aide médicale d'Etat

AMO Assurance Maladie Obligatoire

ARS Agence Régionale de Santé

CCGV Commission consultative des gens du voyage

CMU Couverture maladie universelle

CMUc Couverture maladie universelle complémentaire

CNAM-TS Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

COMEDE Comité médical pour les exilés

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DGOS Direction générale de l'offre de soins

DGS Direction générale de la santé

EMPP Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité

FNARS Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

HAS Haute autorité de santé

MDM Médecins du monde

OMS Organisation mondiale de la santé

PASS Permanences d'Accès aux soins de santé

PMI Protection Maternelle et Infantile

PRAPS Programmes d'Accès à la Prévention et aux Soins

PUMa Protection Universelle maladie

ANNEXE 1

L'ASSURANCE MALADIE EN FRANCE

L'Aide Médicale d'État (AME)

Cette prestation sociale, financée par le budget de l'état, dont peut bénéficier toute personne résidant en France depuis au moins 3 mois sans titre de séjour réglementaire (le prouver peut s'avérer très difficile puisqu'on est en situation illégale). Elle n'ouvre droit à un accès gratuit au système de santé que pour un panier de soins limité.

La Protection Universelle Maladie (PUMa)

Depuis le 1er janvier 2016 la PUMa est entrée en application. Cette réforme garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, même sans domicile, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Sont exonérées de cotisation toutes les personnes dont les revenus déclarés sont inférieurs à 721€/mois pour une personne seule. Au-delà, une cotisation doit être versée. Un peu moins de 1,8 millions de personnes sont bénéficiaires de la PUMa au titre du Revenu de Solidarité Active (RSA), géré au niveau des départements.

Ce dispositif permet un vrai progrès social pour les personnes en situation régulière de séjour depuis 3 mois. Elle pose cependant des problèmes pour les personnes en situation régulière dont les titres de séjour ont une durée limitée, en particulier pendant les périodes de renouvellement de ces titres qui peuvent durer des mois. Elle s'accompagne en outre d'un durcissement des contrôles des titres de séjour. La mise en place de ce dispositif a coïncidé avec le passage au ministère de l'Intérieur de la tutelle des activités médicales liées aux demandeurs d'asile. Ce dispositif, s'il est une « simplification » pour les personnes sans problèmes, comporte des inconvénients pour beaucoup de précaires (extrême complexité du système, difficultés de compréhension et d'inscription, délais de traitement et pratiques variables des CPAM, changements de statuts, inégalités selon les situations...).

ANNEXE 2

LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ POUR LES FAIBLES REVENUS : CMUc et ACS.

Les complémentaires santés pour les faibles revenus :

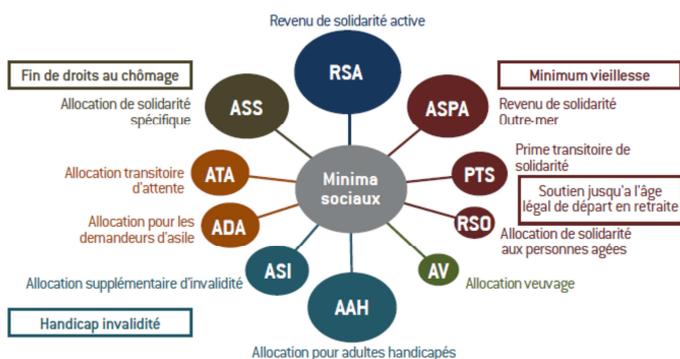
- La CMUc. C'est l'attribution gratuite d'une complémentaire santé. Est éligible toute personne dont les revenus (*du travail ou pas*) sont inférieurs à 721€/mois (à dater du 1^{er} avril 2016). Elle permet d'accéder directement au tiers payant. Elle est complexe à obtenir

et à renouveler, seulement 60% environ des personnes éligibles y ont recours. Au 1^{er} novembre 2016, on dénombrait 5,3 millions de bénéficiaires de la CMUc. Ces effectifs ont augmenté de 25 % en 5 ans, sous la double influence des mesures de relèvement du plafond et du contexte économique défavorable. Parmi les bénéficiaires de la CMUc la fréquence des maladies psychiatriques est 2,4 fois supérieure à celle observée pour la population relevant du régime général, celle du diabète 2,2 fois, celle des maladies du foie ou du pancréas 2,9 fois et celle du VIH ou Sida 2,5 fois.

- L'ACS : aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, de niveau défini par une réglementation précise, dépendant des ressources et de la situation. Est éligible toute personne le revenus (*du travail ou pas*) est compris entre 721 € et 981 €/mois (*appel : seuil de pauvreté = 1008€/mois*). Elle prend la forme d'un chèque santé attribué aux personnes concernées qui doivent ensuite compléter la somme nécessaire à souscrire à une mutuelle dont les cotisations progressent avec l'âge. Seulement 30 à 40% des personnes éligibles y ont recours, pour des raisons liées à la complexité du système et de son coût résiduel. Le nombre de bénéficiaires est de 1,1 millions de personnes. Il pourrait être plus élevé si toutes les personnes éligibles à cette aide en faisaient la demande. Selon le Fonds CMU, le taux de recours parmi l'ensemble des personnes éligibles était évalué "entre 60% et 72%" pour la CMUc en 2015, et "entre 28% et 41%" seulement pour l'ACS.

LES MINIMA SOCIAUX

Il existe, en complément des droits permettant le recours au système de santé, une galaxie de soutiens sociaux schématisés ci-dessous. Ils sont multiples et justifieraient une simplification [18].



Source : *Repenser les minima sociaux. Vers une couverture sociale commune*, rapport remis au Premier Ministre par M. Christophe Sirugue, député de Saône-et-Loire, avril 2016, p. 3 (www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/164000239.pdf).

ANNEXE 3

POLITIQUES PUBLIQUES DESTINÉES AUX POPULATIONS PRÉCAIRES ET PAUVRES

Les dispositifs et structures destinés aux personnes précaires et pauvres

Les dispositifs de soins gratuits régionaux, départementaux et municipaux : les centres d'exams de santé de l'assurance maladie ; les centres de lutte anti-tuberculeuse ; les centres de vaccination ; les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic et les services de PMI.

Les dispositifs dédiés précarité : permanence d'accès aux soins de santé (PASS), les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Les dispositifs dédiés aux personnes présentant des addictions ; les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues (CARUD), les Centres de Soins d'Accompagnement de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Les structures médico-sanitaires d'hébergement pour les personnes en situation de vulnérabilité : Lits Halte Soins Santé, Appartements de Coordination Thérapeutique.

Les Programmes d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Le PRAPS définit et organise, au niveau régional (ARS), les actions permettant aux plus démunis d'accéder au système de santé (en particulier à la prévention) et médico-social de droit commun, par des mesures spécifiques. Elles viennent en réponse aux besoins observés dans la population concernée. A partir de 2017, les PRAPS seront modifiés pour prendre en compte la nouvelle organisation territoriale : articulation avec le plan de lutte contre la

pauvreté et pour l'inclusion sociale en intégrant de nouveaux déterminants de santé (chômage, migrants). Une gouvernance complexe (interlocuteurs multiples, turn over ...), un champ d'intervention « mosaïque » constituent des freins, à l'efficacité et à la visibilité de ce dispositif. La coordination avec l'organisation territoriale sanitaire et sociale doit être renforcée et clarifiée.

Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

Le plan 2015-2017, coordonné par la Direction Générale de la Cohésion Sociale présente 54 actions visant à répondre à l'urgence sociale et à structurer la politique de solidarité à long terme. En ce qui concerne la santé, deux actions sont pilotées par la DGS :

- lutter contre les inégalités de soins, notamment via la médiation sanitaire étendue aux gens du voyage avec la priorisation sur la santé des enfants et des adolescents ;
- permettre la vaccination des bénéficiaires des examens de santé réalisés dans les centres d'examens de santé de la Sécurité sociale (500 000 bilans réalisés par an dans 115 centres d'examens de santé, dont 56% réalisés pour des personnes en situation de précarité).

Politiques orientées vers des populations spécifiques.

Elles concernent : les personnes vivant en campements illicites, les gens du voyage ; les personnes qui se prostituent ; les personnes sans abri, les réfugiés et migrants

ANNEXE 4

Médecins du Monde (MdM)

Principale association humanitaire active dans le domaine de la santé sur le territoire national, son but est de « *conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* », en ayant recours à tous les dispositifs existants :

1. Accueil : inconditionnel en centre, sur les lieux de vie ou d'activité des personnes. 90% des intervenants sont des bénévoles. En France il existe 20 centres et 70 équipes ;
2. Information : identification des demandes et besoins réels, information des personnes sur leurs droits et obligations, construction avec elles des réponses. La principale difficulté est que pour les personnes concernées, les problèmes de santé ne sont considérés comme étant importants que lorsqu'ils menacent les autres activités (recherche de revenus, d'emploi, tâches élémentaires de la vie courante...). Le but est de prendre en compte la santé au même titre que les autres questions et donc également de favoriser tout ce qui peut contribuer à la préservation de la (bonne) santé
3. Orientation, accompagnement, pour favoriser l'autonomisation

4. Co-construction. Education Thérapeutique des Patients, médiations socio-sanitaire, prise en compte des déterminants socio-culturels.
5. Une partie importante de l'activité de MdM est de construire des témoignages, des plaidoyers. Il s'agit d'exercer une fonction d'alerte de la population et des pouvoirs publics

RÉFÉRENCES

- [1] Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Paris, 2016 <http://www.cnle.gouv.fr/Les-chiffres-cles-de-la-pauvrete,1449.html>
- [2] Contribution au suivi du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Paris, 2016 <https://www.cnle.gouv.fr/Plan-pluriannuel-contre-la-pauvrete>
- [3] Blanpain N. L'espérance de vie par catégorie sociale et par diplôme Ministère des affaires sociales, Direction des statistiques démographiques et sociales. 2016. <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/lutte-contre-la-pauvrete-et-pour-l-inclusion-sociale/>
- [4] Fonds CMU Rapports http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ODENORE_Non-recours_CMUC_2016.pdf [3] Les seuils de pauvreté en France. Observatoire des inégalités. <http://www.inegalites.fr/spip.php?article343>
- [5] Mackenbach et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *BMJ* 2016;353:i1732, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj1732> [4] La pauvreté en France. <http://www.inegalites.fr/spip.php?article270>
- [6] Chetty R. and al. The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA*, doi:10.1001/jama.2016.4226
- [7] Les inégalités sociales de santé. IRDES, Paris, 2016. <http://www.irdes.fr/documentation/synthese/les-inegalites-sociales-de-sante.pdf>
- [8] Enfants et familles sans logement personnel en ile-de-France. Observatoire du Samusocial de Paris, 2014, https://www.samusocial.paris/sites/default/files/enfams_rapport_final.pdf
- [9] Nay O, Bejean S, Benamouzig D, Bergeron H, Castel P, Ventelou B. Achieving universal health coverage in France : policy reforms and the challenge of inequalities. *Lancet*, 2016; 387 : 2236-49.

- [10] Le Défenseur des Droits Les activités de promotion de l'égalité et d'accès aux droits.
<http://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-annuel-dactivite-2015>
- [11] Belorgey JM. Les droits des étrangers. <http://www.gisti.org/spip.php?article4389>
- [12] Sans-papiers mais pas sans droits, GISTI, Paris 2016,
<http://gisti.org/spip.php?article3139>
- [13] Les leviers pour favoriser l'accès et le recours aux soins des jeunes en insertion
Observatoire de la jeunesse. Etudes et synthèses. 2016, 31 :
http://www.injep.fr/sites/default/files/documents/jes31_les_leviers_bd_fev.pdf
- [14] Droit des étrangers. Médecins du Monde,
<http://www.medecinsdumonde.org/fr/tags/droit-des-etrangers>
- [15] Duflo E. Le développement humain. Paris, Seuil, 2010
- [16] Jaffiol C. Diabète et précarité. Acad Ntle Médecine, rapport 2012
- [17] La santé, bien commun de la société numérique, Conseil national du numérique,
Paris, Octobre 2015 <http://fr.slideshare.net/Market iT/cnnum-dossier-de-presentation-rapport-sante-bien-commun-de-la-socit-numerique>
- [18] Damon J, Mesures de la pauvreté, mesures contre la pauvreté. Fondation de l'innovation
politique, <http://www.fondapol.org/fondapol-tv/julien-damon-presente-mesures-de-la-pauvrete-mesures-contre-la-pauvrete/>

Pour copie certifiée conforme
Le Secrétaire perpétuel

Professeur Daniel COUTURIER