

Rapport de la Commission nationale permanente
adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins
du 5 juin 1999

Dr Michel DUCLoux (rapporteur)
Ont participé au rapport : Dr Marie-Elisabeth DELGA , Dr Francis MONTANÉ

ROLE DU MEDECIN FACE A LA PRECARITE

"On ne demande pas à un malheureux : de quel pays ou de quelle religion es-tu ? On lui dit : tu souffres, cela me suffit, je te soulagerai" Louis Pasteur.

Depuis 10 ans, le nombre de personnes ne pouvant accéder aux soins et se trouvant en état de précarité n'a cessé de croître. Certes, ce phénomène n'est pas nouveau, comme le rappelle un **bref rappel historique**, mais il est plus choquant aujourd'hui qu'hier en raison de progrès en tous genres, notamment sur le plan socio-économique dont chacun souhaiterait bénéficier.

Le terme général de précarité englobe des situations très diverses, des niveaux très différents, ayant pour dénominateur commun une grande souffrance physique et morale.

Ce constat nous a incité à tenter de **définir la précarité** avant de faire le point **sur la situation actuelle** en France, mais, également, dans le monde.

L'étude des **conséquences de la précarité sur le comportement et l'état de santé** nous amenait tout naturellement à nous préoccuper :

- **des dispositifs en place sur le plan réglementaire et législatif,**
- **des réponses** à ces détresses humaines et notamment **des modalités d'accueil à l'hôpital, auprès du samu social, des associations** (caritatives, o.n.g., Reso...)
- **de la place et du rôle du médecin** en activité ou retraité
- **de propositions et suggestions** pour améliorer la prise en charge des plus démunis et leur redonner leur place dans la société, en même temps que leur dignité.

I. Historique de la précarité

Comparées aux siècles précédents, la pauvreté, la misère, l'exclusion ont considérablement régressé mais sont devenues d'autant plus insupportables que les progrès techniques, médicaux, médiatiques n'ont fait que croître durant ces cinquante dernières années et que chacun voudrait participer au progrès dont il se sent exclu.

Jusqu'à la Révolution, la misère et ses conséquences étaient prises en charge par les hôpitaux, les institutions de charité souvent d'inspiration religieuse. C'est le temps de la charité, ce mot "infâme" que détestait Voltaire.

A la Révolution, les biens des institutions charitables furent confisqués au profit d'un Service National d'Assistance qui, à ce titre, peut être considéré comme l'ancêtre de notre sécurité sociale.

Dès lors, la lutte contre la pauvreté sera l'affaire de l'Etat qui s'investira durant le Second Empire et plus particulièrement avec le début de l'ère industrielle et les problèmes de la condition ouvrière, dans l'amélioration des conditions de vie et de travail, d'hygiène...

En 1893, les lois d'assistance sont votées.

Après deux guerres mondiales dévastatrices, la France devait connaître une période de reconstruction euphorique "les Trente Glorieuses" de 1945 à 1975. L'amélioration du

logement, des conditions de vie, sanitaires et sociales, du pouvoir d'achat laissaient espérer une victoire définitive sur la misère.

En 1945, la généralisation de la sécurité sociale devait concrétiser cette espérance en garantissant chacun "contre les facteurs d'insécurité" et les assurait "contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gains, et à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportaient".

L'euphorie de ces trente années est cependant marquée par des signes annonciateurs de difficultés pour une population laissée à l'écart de la croissance économique : l'appel au secours de l'abbé Pierre lors du terrible hiver de 1954, et la mise à jour de familles vivant dans des conditions de dénuement profond par le Père Joseph Wresinski à l'origine, dès 1957, de la création du mouvement ATD-Quart Monde.

Les deux chocs pétroliers successifs vont mettre un terme aux Trente Glorieuses dont le bilan sanitaire et social est cependant largement positif malgré des zones d'ombre persistantes qui ne feront que s'accroître à partir de 1980. Dès cette époque, le chômage va s'accroître, l'emploi devient précaire, les jeunes ont des difficultés d'insertion, 1 million 800 mille personnes frappées d'illettrisme sont laissées sur le bord du chemin des progrès techniques galopants, l'automatisation remplace chaque jour davantage l'homme par la machine. Beaucoup d'individus, de familles sont progressivement touchés et exclus, entrant dans la catégorie des "nouveaux pauvres". Dès lors s'enclenche un mécanisme infernal touchant des catégories sociales jusqu'alors à l'abri des difficultés.

On assiste alors à un inversement des tendances, les structures publiques n'étant plus à même de faire face à une demande démesurée, des associations privées doivent à nouveau intervenir ou se renforcer après avoir été spoliées deux siècles plus tôt, pour aider ceux qui étaient atteints par l'adversité et ressentaient leurs conditions comme une injustice inacceptable.

Cette fracture sociale, fort justement dénoncée, justifie la mise en œuvre de mesures de solidarité mais interpelle également le médecin, l'un des acteurs quotidiens sinon l'acteur le plus proche de ce drame humain.

Tel est rapidement brossé l'historique de la pauvreté. Aller plus loin dans l'analyse serait entrer dans un débat politique qui n'est pas de mise dans notre propos.

II. DEFINITION

La précarité est difficile à cerner avec précision, les critères malaisés à déterminer.

De ce fait, les définitions de cet état pluri-factoriel sont nombreuses, nous en retiendrons quatre :

- Le Robert définit la précarité comme une situation instable sans garantie synonyme d'incertitude et de provisoire. L'origine de la précarité est ce qui s'obtenait par la prière (*precarius*).
- Une définition européenne a été adoptée au Conseil européen de décembre 1984. Sont considérées comme pauvres "les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'Etat membre où elles vivent".
- La revue "Economie et statistiques" retient la définition suivante : une pauvreté "monétaire" caractérisée par une insuffisance de revenus, approche privilégiée dans la plupart des travaux et notamment dans les comparaisons internationales.
- Une pauvreté "subjective" reposant sur la propre perception qu'ont les ménages et l'aisance dans laquelle ils vivent ou de l'écart entre leurs revenus et le minimum nécessaire.

On peut enfin compter les pauvres comme ceux qui perçoivent une aide dont l'un des objectifs est de lutter contre la pauvreté, c'est l'approche "administrative".

Dans son rapport "Grande pauvreté et précarité économique et sociale" (CES 11/12/1987), le Père Wresinski définissait ainsi la précarité : "la précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassurer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible".

Isabelle Parizot (In précarité et santé - J. Lebas et P. Chauvin, page 33), sociologue, témoignait de ces difficultés d'approche, de la diversité des situations de précarité : "Les personnes concernées ne forment pas une communauté sociale, ni même un groupe statistique saisissable par des critères socio-économiques traditionnels. Elles sont confrontées à un ensemble hétérogène de situations instables, génératrices de difficultés diverses. Bien souvent, elles n'ont en commun que la forme de leur trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une dissociation progressive des liens sociaux. Aussi, faut-il envisager la pauvreté, non comme un état, mais comme un processus multidimensionnel, susceptible d'écarter toujours davantage de l'activité économique diverses franges de la population, et de conduire à la rupture du lien social".

III. SITUATION ACTUELLE (chiffres donnés par le rapport du Commissariat au Plan) :

Le chômage touche actuellement un peu plus de trois millions de personnes (3 123 000 en janvier 1998). Depuis le mois de janvier 1999, il serait légèrement en dessous de la barre des trois millions.

Selon la dernière étude du CREDES sur la santé et la protection sociale de 1996, 48,8 % des chômeurs ont renoncé à des soins à cause de l'insuffisance des taux de remboursement, 52 % des chômeurs ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire.

La précarité touche près de 7 millions de personnes ne disposant pas d'assurance complémentaire, 10 % de la population française vit sous le seuil de pauvreté (estimé à 3 200 F par mois), 3 300 000 personnes bénéficient des minima sociaux (fin de droit, RMI, minimum vieillesse)...

PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES MINIMA SOCIAUX

Allocation	Année de création	Organismes gestionnaires	Nombre d'allocataires (en milliers)	Allocation maximale	Plafond de ressources
Minimum vieillesse	1941/1956	Régimes de retraite de base	942	3 471	3 555
Minimum invalidité	1930	Régimes d'assurance maladie	99	3 471	3 555
Allocation aux adultes handicapés	1975	Organismes débiteurs des prestations familiales	631	3 471	4 825
Allocation de parent isolé	1976	Organismes débiteurs des prestations familiales	163	3 680 (a)	3 680 (a)
Allocation d'assurance veuvage	1980	Caisse nationale d'assurance vieillesse	17	3 107 (b)	3 884 (b)
Allocation d'insertion	1979	ASSEDIC	15	1 311	3 933
Allocation de solidarité spécifique	1984	ASSEDIC	516	2 265	5 284
Revenu minimum d'insertion	1989	Organismes débiteurs des prestations familiales	1 049	2 138 (a)	2 138 (a)

Notes : Les effectifs d'allocataires s'entendent France entière (métropole + Dom) et au 31/12/1996 à l'exception du RMI dont la totalisation est arrêtée au 30 juin 1997. Les montants maxima et les plafonds de ressources des différentes prestations correspondent aux barèmes en vigueur au 1^{er} janvier 1998 pour une personne seule, sauf dans le cas de l'allocation de parent isolé où l'on a retenu le barème applicable à un parent isolé avec un enfant.

(a) : déduction faite du "forfait logement"

(b) : barème de la première année de veuvage

Sources : CSERC (1997), ministère de l'emploi et de la solidarité.

Le seuil des ressources nécessaire pour obtenir l'aide médicale gratuite (AMG) a été fixé à partir du RMI institué en France il y a dix ans, en 1988 (projet de loi du 15/12/1988) et actuellement environ 1 150 000 personnes bénéficient du RMI en France, c'est-à-dire pratiquement un chômeur sur trois, 60 000 dans le Nord pour une population de 2 500 000 personnes. Le RMI a été créé initialement pour aider les chômeurs de longue durée (chômeur de plus de 25 ans ou moins s'il avait un enfant à charge, enfin les étrangers titulaires d'une carte de séjour de 3 ans), il est actuellement de 2 500 F par mois + 500 F par enfant à charge.

Si le RMI était utile pour l'individu en difficulté, il a été, par contre, inefficace sur le plan de l'insertion, qui était le but initial. L'étude statistique estime que moins d'un bénéficiaire du RMI sur dix retrouvait un emploi. C'est, en définitive, un effet désincitatif entraînant un risque du maintien durable dans la pauvreté du fait de la faiblesse des gains qu'il pouvait escompter d'un retour à l'emploi. De ce fait, pour beaucoup d'analystes, le RMI a été considéré comme une véritable "trappe à pauvreté".

Actuellement 150 000 personnes n'accèdent pas au régime général de la sécurité sociale, 50 000 SDF sont dénombrés par les pouvoirs publics alors que ATD Quart Monde dénombre entre 200 et 400 000 SDF.

D'autres chiffres sont intéressants. Une étude publiée par le CERC en 1993 estime la population intégrée économiquement et socialement à 80,2 % des 25 millions d'actifs (soit 20,1 millions de personnes), la population fragile (14,5 % soit 3,6 millions), la population en retrait (5,2 % soit 1,3 millions).

D'après l'INSEE (1996), la pauvreté en France n'aurait pratiquement pas évolué depuis 10 ans, elle concerne 9,9 % des ménages en 1994 contre 10,4 % en 1984. En fait, il existe des disparités importantes. Parmi les retraités, la population de pauvres a chuté de 11,5 % à 6,9 % et dans la même période de 13,5 % à 5,5 % dans la population âgée de 70 à 80 ans mais en revanche la proportion des pauvres chez les jeunes de 15 à 25 ans a doublé passant de 9 à 18 %.

Le chômage des jeunes sortis du système scolaire sans diplôme depuis moins de 5 ans est passé de 15 % à 50 %. La France est le pays d'Europe qui fait le moins travailler les jeunes. Le taux d'activité des 15-24 ans est de 32 % en France, il est de 50 à 60 % en Allemagne et les pays nordiques.

La France est le pays d'Europe où le taux de suicide des adolescents et des jeunes est le plus élevé : 71 % des décès des jeunes français de 15 à 24 ans sont des morts violentes par accidents et suicides.

IV. GEOGRAPHIE DE LA PRECARITE

La précarité n'est pas un phénomène national, loin s'en faut, lorsque l'on compare les chiffres mondiaux.

L'Afrique qui constitue le contingent le plus important des migrants est particulièrement touché. Entre 1979 et 1985, le nombre d'africains vivant en dessous du seuil de pauvreté absolue augmentait des 2/3 passant à 250 millions de personnes. A la fin du siècle, cette population pourrait atteindre 400 millions. Un tiers de l'Afrique souffre de malnutrition.

Dans le monde, 150 millions d'enfants souffrent de malnutrition et chaque année 14 millions d'entre eux meurent dont 60 % d'affections diverses notamment de maladies infectieuses.

L'espérance de vie est aujourd'hui inférieure à 50 ans dans les pays pauvres : 42 ans en Afghanistan et en Sierra Leone, 43 ans en Guinée, 48 ans au Sénégal. Bien des enfants disparaissent avant leur cinquième année.

Un constat est fait malheureusement que la misère et la famine sont actuellement utilisées comme armes politiques. A cet effet un ouvrage collectif géopolitique de la faim montre à l'évidence que la famine peut être, comme nous l'avons vu récemment, en Afrique, un moyen cynique allant jusqu'au sacrifice de leurs concitoyens par des mouvements en quête de reconnaissance politique.

V. CONSEQUENCES DE LA PRECARITE SUR LE COMPORTEMENT ET L'ETAT DE SANTE

Les difficultés financières, l'absence, l'insuffisance de couverture sociale, le chômage entraînent très souvent des difficultés familiales et une désocialisation progressive si la situation se pérennise. Certes, il existe des différences notables entre l'exclu désocialisé, SDF et le chômeur récent encore socialisé mais déjà en voie de précarisation. Néanmoins, si les pathologies rencontrées sont, en général, identiques à celles retrouvées en clientèle habituelle, on retrouve, cependant, des traits communs tant sur le plan comportemental que sur le plan pathologique plus fréquents dans la population dite précaire.

L'évolution surtout chez le SDF qui vit dans la rue se fait selon quatre stades qui ont été décrits :

- une phase d'agression secondaire au stress de la rue, à l'incertitude du devenir immédiat,
- une phase de dépression
- une phase de fixation dans la rue
- une phase d'abandon, de renoncement et en premier lieu aux soins en général, aux soins de santé en particulier.

Au plan comportemental, nous retrouvons comme forme de compensations au "mal être" ressenti par l'individu en situation précaire des conduites addictives (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie), ainsi qu'une surconsommation de tranquillisants et d'antidépresseurs qui procèdent de la même démarche. Selon des études récentes du CREDES et de l'Institut régional pour la Santé de tous les travailleurs, les situations précaires (temporaire, chômeur) donnent plus souvent des troubles psychosomatiques que les salariés occupant un poste stable. Outre, les conduites addictives, le "syndrome de la précarité" se traduit, également, par la fréquence des troubles du sommeil, de céphalées, de gastralgies.

D'après ces études, 52 % des chômeurs masculins fument contre 36 % des actifs tandis que l'on note une consommation excessive d'alcool trois fois supérieure chez les chômeurs que chez les actifs.

Chez la femme "précaire", on note davantage d'atteintes psychiques que les hommes, 2,4 fois plus de psychoses que chez les autres actifs, 1,9 fois plus de troubles du sommeil et 1,6 fois plus d'état d'angoisse et d'anxiété, elles ont, également, un sentiment généralisé

d'insécurité susceptible d'entraîner des comportements morbides et une tendance suicidaire.

Les pathologies les plus souvent rencontrées sont liées essentiellement à l'absence de soins, au défaut d'hygiène allant jusqu'au désintéressement total de son propre corps et l'absence de sensations du message de l'autre.

La dernière étude du CREDES sur la santé et la protection sociale en 1996 a montré que 48,8 % des chômeurs ont renoncé à des soins à cause de l'insuffisance des taux de remboursement.

Cette population a recours deux fois moins que la moyenne des français au généraliste et que plus d'une personne sur deux vivant du RMI (51,8 %) a renoncé aux soins, notamment dans le domaine des soins dentaires et de l'optique, pour des raisons financières. Il va sans dire que la diététique n'est pas la préoccupation essentielle et que la malnutrition est de règle.

Les pathologies psychiatriques sont fréquemment rencontrées venant parfois sur un terrain pré-existant, souvent liées à l'état d'exclusion ou de précarité, secondaires à l'abus de substances psychoactives et des conduites addictives. Néanmoins, le rapport Lazarus de 1995 et le rapport Patris consacrés à la psychiatrie et à la grande exclusion insistent sur l'importance de la souffrance psychologique étant en règle générale sous évaluée par rapport à la pathologie psychiatrique qui paraît quant à elle surévaluée. La proportion des pathologies psychiatriques importantes n'est donc pas, pour ces auteurs, différentes de celles que l'on rencontre habituellement dans la population générale. (Le point de vue du psychiatre – Dr. DANAN – Annexe 1).

La perte des différents repères affectifs, temporo-spatiaux font des malades en situation de précarité “ des sujets qui vivent dans un éternel présent répétitif. L'exclu est sans lien et sans lieu ” (4^{ème} journées scientifiques de l'hôpital Esquirol (94).

La pathologie dermatologique est très fréquente liée, nous l'avons vu à l'absence d'hygiène : gale, ulcère surinfecté, parasitose notamment, pédiculose entraînant des surinfections bactériennes ou parasitaires. On note, à ce propos, le retour des infections transmises par les poux chez les SDF. C'est ainsi qu'une équipe française a étudié toutes les personnes sans domicile fixe qui se présentaient en 1997 aux urgences de l'hôpital universitaire de Marseille. Des échantillons sanguins ont également été prélevés afin de rechercher des anticorps anti-B, quintina. Ce germe peut être à l'origine de la fièvre des tranchées, d'endocardites, d'angiomas bacillaires et de pélioses. Des poux de corps ont également été prélevés. Chez 10 des 71 patients SDF, les cultures de sang se sont révélées positives pour B. Quintina et 21 des patients (30 %) avaient des titres élevés contre ce germe.

La pathologie infectieuse, notamment virale (hépatite C, VIH) : pathologie d'autant plus grave que les “ routards ” ne se font pas suivre et ne sont traités qu'en phase terminale. Beaucoup ignorent même qu'ils sont porteurs d'une hépatite C et les VIH positifs asymptomatiques sont souvent sans traitement et, *a fortiori*, ne font même pas contrôler leur taux de CD4 pour la raison déjà signalée, de crainte de fichage suivi d'expulsion.

Pathologie rhinopharyngée et bronchopulmonaire liée au tabagisme associée aux conditions de vie, notamment en période hivernale : bronchites chroniques, de

pneumopathologies aiguës, rhinites, otites, sinusites, angines, trachéo-bronchites. A noter surtout une recrudescence de **la tuberculose** après une période de décroissance qui a pris

fin en France aux environs de 1989. La prévalence en milieu défavorisé est indiscutable par rapport à la population générale. Par ailleurs, les difficultés de l'accès aux soins entraînent une aggravation progressive jusqu'à la contagiosité facilitée par la promiscuité.

La pathologie de l'axe digestif est extrêmement fréquente liée à la malnutrition, aux carences vitaminiques, aux défauts d'hygiène bucco-dentaire, le tout accentué par l'alcoolisme. Les problèmes dentaires sont particulièrement fréquents atteignant dans certaines statistiques 91,4 % des patients entraînant à la fois des problèmes infectieux accentuant la malnutrition et les problèmes digestifs.

A noter, également, associée à tous ces troubles de la nutrition, la prévalence indiscutable de l'état diabétique susceptible d'entraîner ou d'aggraver des troubles de la vision, accentuée, par ailleurs, par l'alcoolisme.

La pathologie traumatique est, également, particulièrement fréquente, notamment chez les SDF, liée à la fois à la violence et à l'alcoolisation sans négliger la fréquence de l'épilepsie.

La pathologie de la famille : en effet, le retentissement de la précarité peut être désastreux pour la cellule familiale entraînant divorce, maltraitance des enfants, souvent sous-scolarisés qui les prédisposeront à des difficultés d'insertion dans le monde du travail et en feront des candidats potentiels à la précarité et à la délinquance.

La morbidité : " la progression actuelle des processus de précarisation qui fragilisent les couches sociales les plus vulnérables, et susceptibles, à moyen terme, de provoquer une réelle dégradation de la santé de ces populations et, en particulier, de la jeunesse. Au-delà la précarité, si elle s'aggrave, pourrait menacer l'état de santé de l'ensemble de la population française " (La progression de la précarité – Haut Comité de la Santé publique – février 1998).

L'augmentation de l'espérance de vie continue à être plus rapide pour les groupes aisés que pour les groupes défavorisés. Cet écart va continuer à s'aggraver.

En Russie, avec l'augmentation de la précarité, l'espérance de vie aurait reculé de dix ans en moins de quinze ans.

Face à cette situation difficilement supportable sur le plan humain, des dispositifs législatifs existent et ont été renforcés par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Des structures nombreuses existent, il s'agit associations caritatives ou d'organisations non gouvernementales. C'est aussi le rôle qu'assume sur le terrain le médecin généraliste souvent consulté en priorité. Enfin, un certain nombre de médecins retraités participent déjà dans un cadre associatif à la prise en charge des malades en grande difficulté.

Ce sont ces dispositifs en réponse à la précarité plus particulièrement la place du médecin que nous envisagerons à présent.

LES DISPOSITIFS EN PLACE

I. LEGISLATION SOCIALE – HOSPITALISATION PUBLIQUE – SAMU SOCIAL N° 115

En principe l'assurance maladie obligatoire a pour but de réduire les inégalités sociales dont les causes sont multiples : culturelles, familiales, financières, voire géographiques. Entre 1976 et 1996 le nombre de personnes n'ayant pas la possibilité d'accéder à l'assurance maladie a diminué, passant de 2,5 % à moins de 1 % de la population (actuellement 0,3 %). Cependant, le niveau de la couverture a notablement diminué du fait des mesures qui ont été prises, qu'il s'agisse de l'augmentation progressive du ticket modérateur, l'instauration du forfait hospitalier, la création d'un secteur à honoraires libres, les remboursements insuffisants en chirurgie dentaire, et dans le domaine de l'optique.

Pour pallier cet état de choses, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a été adoptée, stipulant en son article 1^{er} : “ *la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de la dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation* ”.

1°) Concernant l'accès aux soins, la loi prévoit trois points essentiels :

un programme d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis établi dans chaque région et décliné à l'échelle du département ;

les établissements publics et privés de santé, participant au service public hospitalier, doivent mettre en place des permanences d'accès aux soins adaptées aux personnes en situation de précarité ;

la couverture maladie universelle (CMU) et la couverture complémentaire gratuite pour les plus démunis devraient être prochainement instaurées.

La difficulté d'apprécier le mécanisme des exclusions afin de mieux les prévenir justifie la création d'un observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale chargé de “ rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux situations de précarité, de pauvreté et d'exclusion sociale ” placé sous la tutelle du ministre chargé des affaires sociales.

La mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) doit permettre de passer du droit, juridiquement affirmé à la santé au droit réellement exercé de se soigner. Cette réforme concerne moins la couverture maladie de base dont 150 000 à 200 000 personnes sont exclues que la couverture complémentaire dont est exclu 12 % de la population, soit 7 millions de personnes car l'absence de couverture complémentaire conduit beaucoup d'assurés sociaux à ne pas utiliser leur couverture de base et de ce fait à renoncer aux soins pour des raisons financières.

La couverture maladie universelle devrait être complétée de mesures importantes du volet santé de la loi contre les exclusions à savoir l'installation de programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), programme ayant pour objectif “ de soutenir la mobilisation des différents intervenants, de faciliter la coordination des actions ”.

2°) au niveau des hôpitaux ayant changé d'orientation, la loi du 29 juillet a élargi leur mission et inclut désormais explicitement la lutte contre les exclusions par la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

L'hôpital doit normalement assurer la permanence des soins et effectivement reçoit dans le cadre des urgences un nombre de plus en plus croissant de personnes en situation de précarité, le code de la santé, en effet précise que les établissements publics et privés garantissent l'accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leur service. Ils doivent être en mesure des les accueillir de jour et de nuit. Ils dispensent des soins préventifs curatifs ou palliatifs, veillent à la continuité des soins à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

Hélas, le service rendu par l'hôpital a un coût et il existe une obligation de recouvrement des créances. Certains hôpitaux (19 au total) de l'assistance publique entre autres ainsi qu'en banlieue et grandes villes de province ont mis en place des dispositifs de précarité dont le principe est intangible : garantir l'accès immédiat sans condition de ressources sociales ou de régularité administrative (exemple : le dispositif Baudelaire à l'hôpital St Antoine de Paris).

3°) Le SAMU social et le n° 115 : le premier SAMU social a vu le jour à Paris, le 22 novembre 1993, sous l'impulsion de Xavier Emmanuelli. Depuis plus de 40 dispositifs analogues ont vu le jour en Province et en ceinture parisienne. Couplé avec le 115, le SAMU social a des caractéristiques identiques au SAMU médical 15 et une même vocation, celle de prolonger l'action de " l'hôpital hors de ses murs ", la rencontre des grands blessés de la vie parvenus au stade que nous avons déjà décrit, de fixation dans la rue, d'abandon, de renoncement aux soins en général, aux soins de santé en particulier, en état de désocialisation avancée.

C'est essentiellement pour venir en aide à ces grands exclus qu'une écoute permanente (115) a été créée, relayée 24h/24 par un dispositif mobile de sauvetage.

La mission est de trouver, en fonction de l'état des personnes rencontrées, au long passé de rue, " les irréductibles du carton " qui ne veulent pas sortir de leur condition, qu'il faudra " apprivoiser " selon l'expression de Xavier Emmanuelli, une solution d'urgence appropriée.

Temps et patience sont les deux qualités indispensables pour leur permettre de recréer avec ceux qui ne demandaient plus rien un lien social et retrouver peu à peu la confiance envers les dispositifs de droit commun.

Outre l'activité de conseil et de régulation du dispositif, le SAMU social participe à un travail en réseau avec l'ensemble des partenaires associatifs afin d'obtenir une adéquation la plus efficace possible entre les moyens de prise en charge et la diversité des situations rencontrées.

II. Les associations caritatives, les O.N.G, l'association RESO

Les associations caritatives : secours catholique, secours populaire français, société Saint Vincent de Paul, Entraide protestante, Armée du salut, Croix rouge, les oeuvres

hospitalières de l'Ordre de Malte etc.... Ces associations caritatives disposent toujours d'un contact, d'un lieu et zone d'intervention bien déterminés, elles accueillent toute personne se trouvant en difficulté sociale et ayant des problèmes de santé. On peut y rattacher des associations d'accueil d'urgence et d'offres de services immédiats (hébergements, boutiques, etc....). Le volet santé est complété dans chaque département par les consultations médico-sociales habituelles (MST, VIH SIDA, tuberculose, cancer, toxicomanie, alcoolisme, vaccinations, PMI, planning familial etc....) ainsi que les centres médico-sociologiques.

Les organisations non gouvernementales (ONG), en particulier MSF et Médecins du monde, sont impliquées dans un grand nombre de départements (environ 30 centres d'accueil et 40 missions hors centre avec 1800 bénévoles pour médecins du monde). La mission est d'accueillir et de soigner les personnes exclues des systèmes de soins par la mise en place de consultations médico-sociales gratuites, d'aider à connaître et recenser les différents droits sociaux, de recueillir des informations auprès de cette population, de suivre son évolution et d'interpeller si nécessaire l'opinion publique.

L'association RESO est une structure différente avec 2000 praticiens de santé libéraux et hospitaliers répartis dans toute la France, sollicitée par un centre de régulation téléphonique. Les praticiens adhérents fournissant les soins gratuits ainsi que les médicaments fournis par Pharmaciens sans frontières et les oeuvres hospitalières de Malte depuis sa création (1993). Cette structure a reçu 40 000 appels environ. La population ayant recours à ce dispositif n'est pas spécialement représentée par les SDF (12 %) mais en grande majorité par des assurés sociaux disposant de faibles revenus sans mutuelle ni assurance complémentaire.

Les conseils départementaux devraient oeuvrer pour mieux faire connaître ces structures à l'ensemble des médecins inscrits au tableau de leur département.

LE MEDECIN

Comme en d'autres domaines (urgences et permanences de soins, toxicomanie....etc), il se trouve aux avant postes, notamment le médecin généraliste.

Il répond ainsi aux exigences de sa profession, à ses devoirs et à ses engagements.

I. **Le serment d'Hippocrate** prêté le jour de la soutenance de thèse. Ces préceptes malgré le temps écoulé restent d'actualité :

“ Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail....que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ”.

II. Le code de déontologie

Article 2 : *“ le médecin au service de l'individu et de la santé publique exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ”.*

Article 3 : *“ ... dévouement indispensable à l'exercice de la médecine ”.*

L'article 7 est sans doute le plus important : *“ le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il éprouvent à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée ”*.

Article 12 : *“ le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire... ”* .

L'article 49 touche à l'hygiène et à la prophylaxie.

L'article 67 : *“ ... il est libre de donner gratuitement ses soins ”*.

III. **Le code d'éthique européen**, notamment en ses articles 1, 2 et 37.

Article 1 : *“ la vocation du médecin consiste à défendre la santé physique et mentale de l'homme et à soulager sa souffrance, le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine sans discrimination d'âge, de race, de religion de nationalité, de condition sociale, et d'idéologie politique ou toute autre raison, en temps de paix comme en temps de guerre ”*.

Article 2 : *“ dans l'exercice de sa profession, le médecin s'engage à donner la priorité aux intérêts de santé du malade. Le médecin ne peut utiliser ses connaissances professionnelles que pour améliorer ou maintenir la santé de ceux qui se confient à lui, à leur demande ; en aucun cas, il ne peut agir à leur détriment ”*.

L'article 37 rappelle le tact et la mesure et la nécessité de tenir compte de la situation économique du patient (article 53 du code de déontologie).

IV. **Le code pénal**

L'article 223-6 punit l'omission de porter secours à toute personne en danger.

V. **Le traité d'Amsterdam** – 16 – politique sociale... stipule également :

La communauté et les états membres, conscients des droits sociaux fondamentaux, ont pour objectifs la promotion de l'emploi, l'amélioration des conditions de vie et de travail....

Le développement des ressources humaines permettant un niveau d'emploi élevé et durable et la lutte contre les exclusions.....

Mais s'il est guidé par ses différents devoirs, et exigences déontologiques, il doit être avant tout guidé naturellement par son humanisme et sa conscience davantage que par sa technique. C'est aussi pour lui un devoir de solidarité.

Quelle peut être la mission du médecin ? Qu'en attendent les populations défavorisées ?

La médecine de la précarité, " médecine de gens blessés dans leur dignité même est peut-être plus que tout autre, une médecine de la relation et de la compassion ". Il s'agit tout autant de traiter à la fois la souffrance physique et psychologique.

Une enquête récente demandée par la Croix Rouge à la SOFRES, lors du lancement de la campagne d'hiver 1998-1999, s'adressait à 227 généralistes interrogés sur le nombre de patients en situation de précarité reçus en moyenne chaque semaine en consultation. Les réponses étaient comme prévu, assez différentes :

31 % des médecins ne voyaient aucun patient précaire,
22 % un seul patient,
13 % deux patients,
20 % trois patients,
14 % six patients et plus, ce dernier groupe exerçait dans les quartiers en difficulté,
84 % ignoraient le 115, 2/3 travaillaient en réseau, 1/3 peu ou jamais.

La première démarche est l'accueil : Ce premier pas n'est pas toujours simple tant pour le malade impécunieux qui n'ose pas, a honte, et rechigne à s'adresser au médecin qui, de son côté, doit recevoir parmi sa clientèle habituelle ce patient différent parfois dans un état " dérangeant ". Il peut être tenté de le diriger vers une association ou une structure hospitalière. Il peut également, ce qui est le plus conforme à notre vocation, le recevoir comme tout un chacun, ce qui constitue un premier acte de resocialisation et de respect du à tout malade. " Quand on sait accueillir un exclu, on sait accueillir tut patient " Xavier Emmanuelli.

La deuxième démarche est une démarche de soins et de prévention : la qualité de l'accueil est déjà partie prenante des soins. Se voir reconnaître est déjà facteur d'amélioration. Le traitement sera assorti de recommandations, de conseils essentiellement d'hygiène et de comportement notamment quand son pressenties des conduites addictives . Le tout dans un climat de confiance qui permettra d'introduire un dialogue et un suivi.

Savoir communiquer exige et suppose tout au moins une connaissance d'un milieu différent, d'un comportement qui ne peut s'expliquer que par un long passé de souffrance et de misère difficile à exprimer. Cette démarche nécessite une formation appropriée face aux situations difficiles à gérer, notamment, celle de la violence.

Aider le malade à retrouver ses droits, ce dont il n'avait pas la notion, le plus souvent, le diriger vers des structures adaptées quand sont décelées diverses pathologies.

De leur redonner espoir et dignité et un certain sens des responsabilités décisionnelles en les aidant à retrouver un statu social.

De leur éviter toute humiliation supplémentaire, telle la recherche des bons traditionnels nécessaires à la prise en charge, témoins de leur pauvreté, et de précarité, véritable stigmate d'exclusion. Certains conseils généraux ont actuellement remplacé le bon jaune par un " passeport santé " qui facilite indiscutablement l'accès aux soins en attendant la mise en place de l'Assurance Maladie Universelle. Ce " passeport santé " sera effectif dans le courant du 1^{er} trimestre 1999 dans le Nord.

Il faut surtout éviter de faire du malade en situation de précarité des assistés chroniques, incapables d'initiatives et attendant tout de l'aide extérieure. Cette formule un peu brutale devrait résumer la situation :

“ Les aider oui, les assister, non ”

Il est cependant, évident que les médecins ne peuvent vivre d'actes gratuits eu égard aux contraintes financières incompressibles et conséquentes qui leur incombent dans le contexte actuel. Néanmoins, c'est souvent qu'ils mettent à la disposition des plus démunis leur temps et leur compétence spontanément sans pour autant attendre une contrepartie financière et savent apprécier le statut socio-économique d'un malade en agissant en conséquence. Dans ce cadre il appartient au médecin de penser à **décrypter la précarité** dans les cas limites qui ne sont pas toujours évidents en sachant que la misère n'est pas toujours dans la rue mais parfois plus difficile à détecter à l'intérieur des maisons.

Il est à noter qu'en milieu urbain, du fait de la multiplication des associations, le médecin généraliste voit moins de malades précaires qui échappent ainsi à son recrutement.

Il est également certain que ce devoir de solidarité vis-à-vis d'une population précaire est difficile à assumer seul, un travail en réseau est nécessaire faisant appel aux associations, aux ONG, aux structures hospitalières, également aux confrères spécialistes lorsque leur concours est nécessaire. Il en va de même pour les autres professionnels de santé : infirmières, kinésithérapeutes...

Concernant les médecins retraités dont un grand nombre souhaite participer à la lutte contre la précarité, la demande est nombreuse. Leur participation se fait essentiellement au sein des associations caritatives qui peuvent faire bénéficier de leur expérience, de leur compétence et de leur dévouement.

Au terme de ces réflexions, des propositions et suggestions peuvent être avancées :

- 1/ Il paraît indispensable qu'une formation initiale soit introduite dans le cursus des études médicales, ce type de formation ne peut être optionnel, car soigner les plus démunis ne peut être facultatif. Cette formation médicale initiale pourrait être renforcée au niveau du troisième cycle, notamment lors du stage chez le praticien. Elle devrait également être complétée par une formation médicale continue.
- 2/ Il serait souhaitable que la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions se concrétise. Les agences régionales d'hospitalisation doivent prévoir des PASS (permanences d'accès aux soins de santé) qui soient un peu plus pour les plus démunis, qui leur permettent d'accéder aux services hospitaliers ouverts à tous.
- 3/ La prise en charge des plus démunis doit être celle de tout malade. La loi d'orientation contre les exclusions du 29 juillet dernier se fonde en son article 1^{er}, en effet, sur l'égalité de dignité de tous les êtres humains. La principale aspiration des plus pauvres dans le domaine de la santé est de “ pouvoir se soigner comme tout le monde, accéder au droit commun, au régime général des soins tels qu'ils se pratiquent dans notre pays ”.

- 4/ La création de la couverture maladie universelle, de cartes devraient régler une partie des problèmes d'impécuniosité qui, dans certains secteurs sinistrés parfois, sont pénalisant pour le médecin qui malgré son dévouement et sa générosité doit également vivre.
- 5/ La couverture maladie universelle et les modalités en charge de l'assurance complémentaire pour les moins fortunés doit demeurer un sujet de préoccupation. En effet, ceux dont le revenu seront de peu supérieur à 3500 francs pourront bénéficier de la CMU et resteront au nombre des personnes en situation précaire.
- 6/ La place des médecins retraités souhaitant participer à une association caritative ou ONG : En date du 1^{er} juillet 1998, la CARMF dénombrait 2853 médecins bénéficiant de l'allocation de remplacement de revenu (MICA). L'âge de ces confrères allait de 56 à 64 ans, l'âge moyen étant donc de 59,78 ans. Toujours à la même date, il y avait en France, 24 380 médecins retraités (l'âge moyen étant de 74,01 ans), dont 20 000 confrères âgés de 60 à 79 ans.

Certes, les motivations et l'état de santé de ces médecins ne sont pas connus, mais on peut penser que certains souhaiteraient poursuivre une activité médicale bénévole dans le cadre des associations caritatives ou des ONG.

Cependant, le médecin bénévole reste un médecin à part entière. L'Ordre des Médecins veille à son indépendance et à la pleine responsabilité de son exercice.

Le patient précaire demeure un malade à part entière avec tous ses droits.

Le médecin bénévole, ce qui n'exclut pas la possibilité d'indemnisation, qu'il soit salarié ou libéral, retraité ou en activité, devra donc :

- a) être inscrit au Tableau de l'Ordre de son département
- b) s'assurer en responsabilité civile professionnelle. Certaines compagnies d'assurance seraient disposées à proposer des conditions " très étudiées ". En cas de difficulté financière une prise en charge totale ou partielle pourrait être envisagée par le conseil départemental de l'Ordre.
- c) Obtenir de son " employeur " un contrat soumis à l'avis du conseil départemental de l'Ordre. Celui-ci devra être attentif aux conditions d'exercice (matériel minimum, salle d'examen assurant l'intimité du patient ainsi qu'au respect de l'indépendance du praticien...)
- d) La formation médicale continue devrait être obligatoire réglementaire pour les praticiens concernés par cet exercice.
- e) Le praticien bénévole respectera le code de déontologie médicale et en particulier les relations avec ses confrères en ce qui concerne la continuité des soins, notamment par le biais d'un appel téléphonique ou d'une lettre de liaison.

f) Sauf urgence, le médecin bénévole ne pourra pas délivrer des médicaments à ses patients car il se ferait complice d'exercice illégal de la pharmacie (actuellement, la plupart de ces praticiens se procurent des échantillons auprès des confrères installés ou auprès des familles). L'organisation " Pharmaciens sans Frontières " collecte et assure le tri des médicaments. Le médecin bénévole pourra contacter cette organisation pour obtenir les médicaments nécessaires.

7. Dans le cadre de la médecine scolaire, (rapport prévu en 1999), il est souhaité que le Service de la Promotion de la Santé en faveur des élèves, puisse proposer une aide concrète à l'accès aux soins dans le régime général, pour les problèmes de santé qui seraient dépistés. Il serait également utile que les services se penchent sur les problèmes de nutrition et notamment sur l'accès à la cantine.

Une suggestion est également faite par les médecins de l'Education Nationale : la prévention et la prise en charge des troubles du langage pourraient contribuer à réduire l'échec scolaire, de même que la participation de parents aux actions de promotion de la santé.

8. Faciliter l'accès au savoir par des actions d'alphabétisation, de lutte contre l'illettrisme encore trop fréquent dans notre pays. Malgré l'allongement de la scolarité, l'illettrisme concerne chaque année quelques 80 000 enfants qui intègrent le collège sans savoir véritablement lire écrire et compter.

Enfin, à titre documentaire, la conférence régionale Nord-Pas-de-Calais a retenu la précarité parmi ses quatre priorités.

CONCLUSION

Au terme de cette étude qui montre que le médecin sera chaque jour davantage confronté à la précarité, il nous paraît nécessaire d'insister sur le rôle que peut et doit jouer l'Ordre pour améliorer sa formation en ce domaine.

en insistant pour faire entrer la prise en charge de la précarité dans la formation médicale initiale mais également au cours du 3^{ème} cycle lors du stage auprès du praticien.

en veillant à la poursuite de la formation en ce domaine lors de la formation médicale continue (FMC)

en participant à la formation des médecins comme le CNOM l'a déjà initié dans un bulletin thématique, mais aussi au niveau de chaque département par la publication des dispositifs institutionnels et associatifs auxquels le médecin peut s'adresser en cas de difficulté.

Cette démarche s'inscrit dans la volonté de créer autour de celui qui se trouve en situation de précarité, un véritable travail en réseau.

Nous emprunterons notre conclusion au Président Glorion, dans son éditorial consacré au thème de la précarité : “ ... Cette médecine dite humanitaire s’organise de mieux en mieux dans le cadre de dispensaires portes ouvertes ou de centres d’accueil **et il faut tout faire pour favoriser la participation de nombreux médecins.** Leur présence est indispensable à travers leurs compétence technique, mais aussi et surtout par leur capacité à écouter, à comprendre et peut-être à redonner confiance et envie de vivre à ceux qui les ont perdues ”.

BIBLIOGRAPHIE – OUVRAGES CONSULTÉS

De la médecine libérale aux dispositifs de soins gratuits : un continuum de situations sociales de Pierre Chauvin, Annabelle Gilg Soit Ilg et Jacques Lebas, extrait de “ Précarité et santé ” édité chez Flammarion.

Le médecin généraliste et les publics en difficulté de Bernard Elghozi, extrait de “ Précarité et santé ” édité chez Flammarion.

L'expérience vécue du Dr Solignac (Pyrénées-Orientales), médecin retraité bénévole au Secours Catholique, à Saint-Vincent de Paul et à la Fondation l'Abbé Pierre pendant 14 ans.

L'expérience du Dr Chantal Blanc, médecin de l'Education Nationale, Membre de ATD Quart Monde depuis de longues années.

L'exclusion, Collection “ Que sais-je ? ” PUF 1996 Gilles Lamarque

La pauvreté, Collection “ Que sais-je ? ” PUF août 1996, Claude-François Barrat

Médecin Humanitaire : Jean Lebas, Florence Veber, Gille Brücker, Mdecin-Sciences de chez Flammarion.

Pauvreté et exclusions – La Documentation française 1998

Rapport Tony Atkinbon

Michel Glante

Jacques Freyssin

Claude Seibel

Annexes préparées par l'INSEE et Laurent Caudat.

Bulletin de l'Ordre national des médecins octobre 1998 consacré à la précarité

Brochure du Conseil régional du Nord-Pas-de-Calais : Assises régionales de la Santé “ Accès aux soins des populations précarisées ”. Actes de la cinquième journée thématique 15/10/97 – Roubaix avec le partenariat de l'Union Nationale des centres communaux d'action sociale.

Etat de santé des populations défavorisées de la communauté urbaine de Lille – conférence Nord-Pas-de-Calais juin 1994 (E. Fihey – O. Lacoste – Dr Bernardette Tillard.

Pour une couverture maladie universelle de base et complémentaire – Jean-Claude Boulard – août 1998.

Conférence régionale de la santé Languedoc-Roussillon – 1998 – Pour une 1^{ère} approche des inégalités de santé à partir des indicateurs sanitaires et sociaux.

Panorama de la santé en France – juillet 1997.

La progression de la Précarité en France et ses effets sur la santé (HRSP avis et rapports mars 1998)

ANNEXE 1

Précarité : de la marginalité à l'exclusivité à l'exclusion

Le point de vue du psychiatre

Plus que tout autre médecin, le psychiatre est amené à se pencher sur la précarité, ses causes et ses répercussions sur la santé et la Société.

Les processus aboutissant à la précarité sont complexes et inter-réagissant entre eux. Il y a eu toujours et partout des sujets en état de précarité devenant des exclus et des marginaux. Parmi eux, les sujets ayant au départ **une personnalité fragile ou pathologique** : instables, déséquilibrés psychiques, débiles légers, immatures, personnalités limites, psychoses cicatrisées. Tous ont souffert de carences affectives dans un milieu familial mal structuré. Ceux-là sont malades, proches de la pathologie. Les autres, **en principe normaux au départ**, sont plongés dans la précarité parce que les vicissitudes de l'existence les ont déstabilisés : drames familiaux, chômage, racisme, expatriation mal réussie...

Les uns et les autres se trouvent en situation de précarité, se marginalisent et tous finissent par se ressembler : ils deviennent des exclus et forment une cohorte disparate mais avec des points communs, la détresse et la rancœur. Ils peuvent même se regrouper, s'appuyer les uns sur les autres réalisant une logique d'inclusion. Ces sujets –ces patients pour le médecin- sont difficiles, parfois revendicateurs. Leur vie devient parfois une suite de péripéties entraînant l'intervention des services sociaux, sanitaires et judiciaires. Ils ont tendance à répéter leurs échecs et leurs dérives les installent dans un **mauvais rôle**. Bien entendu, ils sont mal acceptés par l'environnement auquel ils renvoient un sentiment d'angoisse et de culpabilité entraînant, par un mécanisme de projection, des réactions d'hostilité : ils boivent, se droguent, se battent, volent...

Les sociologues et les politiques étudient le phénomène et incriminent surtout la crise économique et le chômage. En réalité, la précarité et la marginalité existaient du temps de la prospérité économique. Faut-il rappeler que la toxicomanie a commencé à devenir un fléau majeur à la fin des années 60 ! Une analyse plus profonde fait intervenir les transformations de la cellule familiale qui produit de plus en plus des sujets immatures et mal identifiés qui ont du mal à s'adapter dans un monde de plus en plus dur.

Ceux qui se penchent sur la santé mentale doivent tendre leurs efforts vers la structuration de la personnalité des générations montantes. Sinon, même avec le retour de la croissance économique, la précarité persistera avec ses avatars. Les services sociaux ne proposent à l'heure actuelle que des palliatifs. L'essentiel des efforts, en particulier ceux des enseignants et des médecins, doivent permettre aux jeunes d'aujourd'hui de devenir des adultes de demain, plus mûrs et à la personnalité mieux structurée. Faute de quoi, le phénomène s'accroîtra.

Dr. DANAN
Président du conseil départemental
de l'Hérault de l'Ordre des médecins