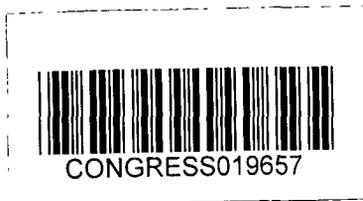


Council of Europe  
Conseil de l'Europe



502  
S6/3955

For debate in the Standing Committee  
Pour débat à la Commission Permanente  
\*See Rule 12 (4) - Voir article 12 (4) du Règlement\*

Congress of Local and Regional Authorities of Europe  
Chamber of Local Authorities

Congrès des pouvoirs locaux et régionaux de l'Europe  
Chambre des pouvoirs locaux

Strasbourg, 14 octobre 1996  
S:\delai.cm\sante\rapp.int

CPL (3) 10  
Partie II

### TROISIEME SESSION

**SANTE ET CITOYENNETE :**

**L'ACCES AUX SOINS DES PLUS DEMUNIS EN EUROPE**

Rapporteur : Mme K. Brodnianska (Slovaquie)

### EXPOSE DES MOTIFS

\* Objections to the Standing Committee procedure must reach the Head of the Congress Secretariat a clear week before the meeting of the Standing Committee; if 5 members object, the report will be submitted to the Plenary Session.

Les éventuelles objections à l'examen en Commission Permanente doivent parvenir au Chef du Secrétariat du Congrès une semaine avant la réunion de la Commission Permanente; si 5 membres du Congrès présentent des objections, le rapport sera soumis à la session plénière.

## Avant propos

Depuis quelques années la "question sociale" refait surface en Europe. Elle montre un visage à la fois ancien et nouveau. Elle préoccupe de plus en plus les citoyens pris individuellement ou groupés en associations. Elle revient ainsi massivement à l'ordre du jour des gouvernements, des autorités et institutions politiques à tous les niveaux, y compris des organisations européennes.

Dans les pays riches de l'Europe occidentale qui sont presque tous membres de l'Union Européenne, on a découvert, avec surprise, l'existence de situations surannées de pauvreté, de précarité et de misère qui n'ont pas été éliminées pendant les trente années de croissance économique presque ininterrompue de 1945 à 1975 environ. En même temps, on s'est rendu compte, avec effroi, que l'évolution actuelle secrète un nombre croissant de candidats à l'exclusion économique et sociale.

Dans les pays de l'Europe centrale et occidentale le changement politique a permis la visibilité de formes de pauvreté soigneusement cachées auparavant. Le changement économique et social qui s'est ensuit a laissé sur le bord du chemin des groupes ou familles qui étaient auparavant protégés. La transition s'est accompagnée d'une sélection.

Garant des Droits de l'Homme, le Conseil de l'Europe a, en premier lieu, abordé la nouvelle question sociale sous l'angle du déni de droits. La conférence ministérielle tenue à Rome le 5 novembre 1990, a souligné la nécessité d'une part, de préserver le caractère indivisible de tous les droits de l'Homme, qu'ils soient civils, politiques, économiques, sociaux ou culturels, et, d'autre part, de donner à la Charte sociale européenne une nouvelle impulsion. Ainsi, un processus de révision de cette Charte a immédiatement commencé pour n'arriver à son terme que le 3 mai 1996, lorsque le Comité des Ministres, a ouvert à la signature la "Charte sociale européenne révisée". La nouvelle Charte renforce et élargit les droits garantis: il en est ainsi du "droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale" (art. 30) et du "droit au logement" (art. 31), qui n'étaient pas mentionnés dans la première version de la Charte.

En deuxième lieu, à la fin de 1991 a eu lieu à Strasbourg le colloque "vers une plus grande justice sociale en Europe: le défi de la marginalisation et de la pauvreté". Quelques années après, un projet sur "dignité humaine et exclusion sociale" a été intégré au programme intergouvernemental d'activités. Ce projet vise l'élaboration d'un rapport sur la pauvreté en Europe sur la base de rapports nationaux et thématiques et l'adoption d'un rapport de synthèse lors d'une conférence prévue pour 1998.

La Conférence des pouvoirs locaux et régionaux d'abord et le Congrès ensuite, ont rapidement compris les implications non seulement sociales mais aussi politiques de la nouvelle situation. Dès 1992, la Résolution 236 sur une nouvelle politique d'intégration multiculturelle en Europe et la Déclaration de Francfort, avait souligné que "l'existence de couches défavorisées de populations autochtones dans tous les pays européens et notamment de groupes, familles et personnes en situation de grande pauvreté et de précarité, exige l'insertion de la politique d'intégration dans une approche et une stratégie globales couvrant les différents groupes, familles, personnes autochtones ou d'origine immigrée".

Mais ce n'est qu'avec la conférence organisée à Charleroi (Belgique), les 5-7 février 1992, sur "communes européennes et démocratie: exclure la pauvreté par la citoyenneté", que la CPLRE a posé le problème dans toute son ampleur. La "Déclaration de Charleroi", qui a eu un large écho auprès des autorités locales et régionales, des citoyens et de leurs associations, a l'ambition de fournir un cadre global, cohérent et prospectif, pour la conception et la mise en oeuvre de politiques permanentes de lutte contre la grande pauvreté en vue de son élimination et de prévention des formes de précarités qui la nourrissent. La Résolution 243 (1993) sur "citoyenneté et grande pauvreté" reprend la proposition déjà formulée à Charleroi visant l'approfondissement de la Déclaration dans des domaines sectoriels tels que le logement, l'emploi, la santé, l'approche par groupes n'étant pas exclu. Ainsi, la/le CPLRE ont successivement adopté les textes suivants:

- Résolution 237 (1992) sur la Charte de la participation des jeunes à la vie municipale et régionale (conférence de Llangollen);
- Résolution 244 (1993) sur le droit au logement et les conditions de sa mise en oeuvre par les autorités locales et régionales (conférence de Nottingham);
- Résolution 255 (1994) sur les pouvoirs locaux et régionaux face au SIDA et à la séropositivité (audition de Strasbourg);
- Recommandation 5 (1994) sur l'Europe et ses personnes âgées: vers un pacte inter-génération et conclusions de la conférence de Sienne;
- Résolution 15 (1995) sur démocratie locale: un projet de citoyenneté (audition de Strasbourg);
- Recommandation 11 et Résolution 16 (1995) sur la contribution des Roms (Tsiganes) à la construction d'une Europe tolérante;
- Recommandation 25 et Résolution 40 (1996) sur chômage/emploi: activités et professions nouvelles (conférence de Florence).

La conférence "santé et citoyenneté - l'accès aux soins des plus démunis en Europe", a été voulue et conçue par un petit groupe de travail du CPLRE composé de Mme Brodnianska (République Slovaque) et M. Winter (Allemagne) auquel a participé aussi M. Christofides (Chypre) pour avis de la Chambre des Régions. La conférence s'est tenue au Palais de l'Europe de Strasbourg les 8 et 9 février 1996.

Ce qui suit donne un aperçu des différentes phases de la conférence. A cet égard, je suis particulièrement redevable au Professeur Michel Manciaux, de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Nancy (France), expert consultant auprès de l'OMS, qui a présenté et rédigé les conclusions de la conférence en sa qualité de Rapporteur.

\*  
\*     \*

## L'ouverture de la conférence

En ouvrant la réunion, M. Peter **Leuprecht**, Secrétaire général adjoint, a d'emblée insisté sur le choix de société qui s'impose aux pays d'Europe: une société "économiquement rationnelle", au risque d'une indifférence sociale qui la condamne à terme, ou une société solidaire, basée sur la tradition de beaucoup de pays européens et sur le respects des Droits de l'Homme? La place de la santé est cruciale dans ce choix, et l'optimisme officiel basé sur le niveau - jamais atteint auparavant - des indicateurs positifs de santé ne doit pas cacher le fait que les moyennes nationales sont en réalité l'amalgame de situations extrêmement contrastées. Ce fossé qui existe, au sein même de chaque pays, entre les "nantis de la santé" et ceux qui ont à peine accès aux soins élémentaires, se retrouve entre les Etats au détriment des pays de l'est européen. Par ailleurs, prévention et promotion de la santé sont partout les parents pauvres des politiques sanitaires et sociales. Citant B.Geremek, l'orateur a rappelé que "négliger les politiques sociales pourrait bien menacer l'ensemble du processus de la démocratisation en Europe".

Concluant sur le rôle du Conseil de l'Europe dans ce domaine, il a mentionné le plan d'action proposé sur le thème "La dignité humaine et l'exclusion sociale" pour la période 1995-97 et a insisté sur le droit des plus démunis à la parole, sur le rôle essentiel des collectivités territoriales à tous les niveaux et sur le défi auquel nous sommes tous confrontés: quelle sorte d'Europe voulons-nous?

Après avoir souhaité la bienvenue au nom du Congrès, M. Karl Christian **Zahn**, Maire de la ville de Dorsten (Allemagne), a mis l'accent sur les liens existants entre conditions de vie précaires et santé. Ceux qui disposent de moyens financiers et d'un bon niveau d'instruction, ont, en règle générale, plus aisément accès aux soins de santé, tandis que les autres doivent souvent se satisfaire des soins de base ou renoncent purement et simplement à un traitement médical. Il s'agit donc aussi bien d'un problème social, et non pas seulement d'un problème médical.

Il est essentiel de faire prendre conscience à chacun que les services de santé sont à la disposition de tous sans restriction. Il appartient aux services d'accueil d'aller vers les personnes concernées. En conclusion, l'égalité en matière de santé publique est un devoir collectif.

M.**Valkeniers**, sénateur belge représentant l'Assemblée parlementaire, a indiqué que l'Assemblée allait mener une réflexion sur l'avenir de la politique sociale en Europe et que le Comité des Ministres allait reprendre ses débats sur le projet de Charte sociale européenne révisée. La protection des droits sociaux de nos concitoyens passe, a-t-il affirmé, par une volonté politique à tous les niveaux. (Depuis, en effet, l'Assemblée a adopté, le 24 septembre 1996, la Recommandation 1304 relative à l'avenir de la politique sociale et le Comité des Ministres a adopté la version révisée de la Charte sociale).

\*  
\*       \*  
\*

## Le rapport introductif: les plus démunis et les obstacles à l'accès aux soins

La réunion proprement dite a ensuite débuté par le rapport introductif préparé par le Docteur François-Paul Debionne, expert consultant du CPLRE et délégué du Mouvement International ATD Quart Monde auprès du Conseil de l'Europe.

Dans tout les pays d'Europe, quel que soit leur niveau de richesse, les mutations économiques profondes provoquent un accroissement du nombre de personnes privées de travail, voire même d'utilité sociale, et qui rejoignent ainsi les conditions de vie des familles vivant dans la misère depuis des générations. Suivant les pays, la proportion de personnes en grandes difficultés varie de 5% à près de 20%. Les personnes, les familles et les groupes les plus démunis sont plus atteints que les autres dans leur santé et rencontrent des obstacles pour se soigner. De ce fait, ils sont concernés au premier chef par le creusement des écarts de santé en fonction du statut social révélé par les recherches sur les inégalités sociales face à la mort, à la maladie et à l'utilisation des services de soins.

Même lorsque la répartition administrative des compétences de santé ne met pas les collectivités locales ou les régions en première ligne de l'organisation de l'accès aux soins des plus démunis, les pouvoirs locaux et régionaux sont confrontés aux réalités complexes de l'extrême pauvreté. Tous sont préoccupés et se sentent concernés. Le partage de leurs expériences doit permettre à chacun de progresser.

*"Vivre dans la pauvreté, c'est vivre dans les soucis. Quand tout manque, les parents se sentent humiliés. En outre, la pauvreté attaque la santé: le bruit, la pollution, les mauvais logements, l'humidité, l'inquiétude..., au long des années, ça use le corps et l'esprit".*

Ces quelques phrases, extraites du témoignage d'un père de famille en situation de grande pauvreté, reflètent une aspiration au bien-être et un désir de changement de condition. Elles nous introduisent au coeur de la vie quotidienne de ceux que l'on décrit d'abord par leurs manques, leurs carences, voire leurs incapacités. En effet, la présentation des plus démunis prend la forme d'une liste de groupes "à problèmes", souvent confondus avec les catégories administratives suivantes: personnes sans domicile fixe, chômeurs de longue durée, anciens détenus, étrangers en situation irrégulière, populations nomades, jeunes socialement désinsérés, toxicomanes, femmes seules avec enfants, personnes âgées isolées. La grande pauvreté touche également des familles nombreuses. Si des critères précis sont nécessaires pour l'ouverture de certains droits, on peut cependant s'inquiéter des possibles effets pervers de telles catégorisations, pouvant conduire à des stigmatisations ou à des limitations des politiques spécifiques à des catégories dûment répertoriées.

Dans la réflexion sur la grande pauvreté et l'exclusion sociale, la prise en compte de la santé est venue tardivement. C'est surtout à partir du milieu des années 1980 que l'attention portée aux conditions d'accès aux soins des plus pauvres a permis d'identifier de véritables barrières, de nombreux obstacles et limites. Les barrières sont de nature législative, réglementaire ou administrative, telles que le refus de certains hôpitaux d'admettre des personnes ne pouvant justifier d'une prise en charge. Parmi les principaux obstacles à l'accès aux soins figure la

complexité des démarches à accomplir pour faire reconnaître des droits à une couverture sociale, dès lors que l'on échappe aux procédures d'affiliation correspondant à un statut simple, tel que celui de salarié. Cette complexité conduit à une méconnaissance des droits par ceux qui les détiennent mais aussi, parfois, par les acteurs sanitaires et sociaux. Elle est renforcée par une hétérogénéité des barèmes d'intervention des collectivités territoriales pour la prise en charge des soins des plus démunis. S'y ajoutent souvent des obstacles financiers et des difficultés d'accès aux soins liées à l'éloignement géographique, à l'absence de services de proximité, d'autant plus fortement ressentis que les moyens de déplacement sont rares ou chers.

Moins connus, souvent sous-estimés, sont les obstacles d'ordre relationnel ou culturel. En Europe, des millions de personnes sont gênées, en raison de leur illettrisme dans leur compréhension et dans leurs capacités d'autonomie. Cette difficulté à s'appuyer sur l'écrit est souvent associée à des difficultés à se situer dans le temps et dans l'espace, qui contrarient fortement l'accès aux structures de santé: être à l'heure à un rendez-vous demande un soutien extérieur. Dans ce contexte, les malentendus entre les professionnels de santé et les plus pauvres se développent trop facilement: chaque monde a sa logique, ses références, ses priorités, ses craintes sur les conséquences de l'intervention. Tant que les plus pauvres ne percevront pas que le souci premier des professionnels est de les soutenir, les craintes des retombées de leur fréquentation des lieux de soins l'emporteront sur leur désir d'accéder à la santé. Dans ce contexte, les efforts de l'administration et du législateur pour améliorer les dispositions organisant l'accès aux soins des plus démunis voient leurs effets d'autant plus limités qu'ils ne sont pas assortis des moyens d'accompagnement nécessaires.

Il serait trop réducteur d'aborder les relations des plus démunis avec le système de santé uniquement sous l'aspect des soins curatifs. Quel que soit l'observateur, il apparaît évident que l'accès à la santé ne dépend pas uniquement de l'offre de soins, même avec une formation spécifique des intervenants de proximité. En fait, tous les aspects des politiques de santé (prévention, promotion, soins, réadaptation, réinsertion) peuvent bénéficier aux plus défavorisés, ou au contraire ne pas les atteindre. Les facteurs environnementaux, qu'il s'agisse de l'environnement physique, social ou culturel, l'influence de l'éducation, doivent tout autant être pris en compte. Quelle peut être l'efficacité d'un système de soins dont les efforts sont annihilés par la persistance de l'insalubrité, voire l'absence d'un logement, par la malnutrition, le chômage, par le manque de ressources et de savoir-faire?

En fait, ce sont les politiques de santé dans leur ensemble qui apparaissent limitées pour répondre aux besoins de santé des populations démunies. Si l'on se restreint à leur seule mise en oeuvre, on en reste à un abord trop étroit d'un processus multifactoriel: les politiques de santé prennent leur sens, trouvent leur place, dans une articulation avec l'ensemble des politiques concernant les conditions de vie des plus démunis, et en particulier le logement, l'emploi, les ressources, l'éducation, la cohésion sociale, l'environnement urbain...

Toutefois, aucune politique n'échappe à des contraintes budgétaires, aux limites en ressources humaines. Les choix de priorités d'action doivent s'appuyer sur une connaissance approfondie des situations et sur une recherche active des stratégies les mieux à même d'enrayer la paupérisation et d'éradiquer la misère.

La santé, comme aussi l'ensemble des politiques, rejoignent ainsi le terrain de la citoyenneté. En effet, comment les politiques pourraient-elles réellement être adaptées sans être élaborées à partir de besoins exprimés, c'est-à-dire avec la participation des intéressés? Comment pourraient-elles être efficaces sans s'appuyer sur une conception de l'homme, des rapports entre les hommes, relevant de valeurs éthiques? Comment pourraient-elles obtenir l'adhésion des personnes, familles et groupes plus favorisés sans un effort particulier des pouvoirs locaux et régionaux pour développer la citoyenneté de l'ensemble des habitants de la cité, quels que soient leur nationalité et leur statut social? La restauration de la santé et de la citoyenneté des plus démunis dépasse les aspects strictement professionnels des interventions. Elle met en jeu une dynamique humaniste et une dimension éthique.

\*  
\*      \*

### Situations et politiques: études de cas

Les participants (personnalités politiques européennes et nationales, maires, élus de plusieurs villes, communes et régions d'Europe, délégués d'associations, experts et citoyens européens), ont donc examiné et discuté les politiques menées dans le domaine de l'accès aux soins des plus démunis (évaluation des besoins, expériences en cours et perspectives) des villes et collectivités locales suivantes: **Strasbourg et Bas-Rhin** (France), **Göteborg** (Suède), **London Borough of Newham** (Royaume-Uni), **Francfort sur-le-Main** (Allemagne), **Budapest** (Hongrie), **Charleroi** (Belgique), **Vienne** (Autriche), **Bratislava** (Slovaquie) et **Tirana** (Albanie)<sup>1</sup>.

Trois membres du Congrès, Mme **Brodnianska** (République Slovaque), M. **Winter** (Allemagne), et M. **Christofides** (Chypre) ont dirigé, à tour de rôle, les travaux.

Nous n'allons pas résumer ici un par un les différents exposés, d'ailleurs tous fort intéressants. A cet égard nous renvoyons aux Actes de la conférence dont la publication est imminente. En revanche nous allons reproduire ci-dessous, la **synthèse** générale que le Professeur Manciaux a produite à l'issue de cette présentation et discussion.

On y retrouve des préoccupations communes, bien mises en évidence par la discussion. D'un point de vue général, les villes et les régions - qui consacrent une partie importante de leur budget à la protection de la santé et à la protection sociale de leur population - rencontrent de grandes difficultés financières pour y faire face. Trop souvent, l'Etat leur délègue une part croissante de responsabilités sans leur transférer les moyens financiers correspondants. Cette situation est en partie corrigée par l'engagement de nombreuses associations qui se consacrent, en liaison avec les collectivités territoriales, à faciliter l'accès aux soins des personnes, familles et groupes les plus démunis.

---

<sup>1</sup> Ces villes et ces collectivités étaient représentées par: Mme C. Mieg-Schaller (Strasbourg), M. Y. Bur (Bas-Rhin), M. B. Mollstedt (Göteborg), Mme R. Davies (London Borough of Newham), M. A. Glaser (Francfort sur-le-Main), M. G. Barath (Budapest), M. J. Van Gompel (Charleroi), M. K. Leitner (Vienne), M. A. Durkovsky (Bratislava), M. V. Bozdo (Tirana).

La Carte-santé mise en place, sous des formes variées, dans beaucoup de villes et de régions, a retenu l'attention de la Conférence. Faut-il accorder la totale gratuité de tous les soins ou demander un ticket modérateur aux bénéficiaires de cette prise en charge? L'idéal serait d'étendre à toute la population, y compris les plus pauvres, la protection conférée par un système national de Sécurité sociale. Avant d'y parvenir, des mesures d'aide sociale peuvent pallier l'insuffisance de la couverture par le régime général de protection sociale. Certaines municipalités prennent à leur charge le ticket modérateur (somme normalement payée par les assurés sociaux), le financement de base revenant à l'Etat. Dans la plupart des cas, la crainte d'une surconsommation de soins ne s'est pas confirmée: au contraire, la prise en charge précoce des problèmes de santé évite la détérioration de l'état de santé qui entraînerait des soins, hospitaliers par exemple, beaucoup plus coûteux.

Accès aux soins, donc, mais à quels soins? Essentiellement aux soins de santé primaires, les plus nécessaires, ce qui n'exclut pas le recours à l'hôpital, souvent nécessaire du fait en particulier du retard aux soins de base. Beaucoup de villes représentées mettent ceux-ci à disposition des plus démunis avec la collaboration de médecins généralistes. Cependant, tous ces médecins de première ligne ne sont pas, de par leur formation, préparés à fournir des soins adaptés aux personnes les plus pauvres: l'état général souvent très délabré de ces personnes, la fréquence de pathologies associées, l'augmentation préoccupante de la tuberculose n'en sont pas les seules raisons. En fait, la gravité des problèmes sociaux (ressources, travail, logement) est telle qu'une solution purement médicale est vouée à l'échec. Il faut donc, tout à la fois, impliquer d'autres secteurs dans la prise en charge et assurer la continuité des soins par une démarche d'accompagnement dans le temps. Quant aux soins coûteux, habituellement mal remboursés (lunettes, soins dentaires, prothèses auditives, etc..), ils ne sont accessibles aux plus démunis que moyennant des aides complémentaires importantes. Dans certains programmes, la Carte-santé les paye intégralement.

C'est souvent dans des quartiers particuliers que se concentre la grande pauvreté, et la stratégie de lutte contre la pauvreté doit s'y adapter. Beaucoup des villes représentées ont développé une politique de quartiers, insistant sur l'importance des services de proximité pour faciliter l'accès aux soins. Toutefois, les besoins de santé ne débouchent pas toujours sur une demande: il faut aller vers les plus démunis, mettre à leur disposition des lieux et des temps d'écoute, gagner leur confiance pour faire émerger la demande et accepter les soins. Ces personnes, trop souvent habituées à être mal accueillies dans les services "classiques", ont tellement peur de répercussions indésirables de la consultation (étiquetage, placements, contrôle social...) qu'elles hésitent à s'y présenter.

L'accès aux soins va mettre au grand jour toute une série de problèmes nécessitant l'intervention d'autres secteurs. Le regroupement des services sanitaires, sociaux, administratifs, de conseils juridiques, favorise la globalité de la prise en charge. Les politiques de la ville, les régies de quartier - en plein développement en Europe - en font un de leurs principes d'action, là encore en liaison avec des associations spécialisées, des ONG, des bénévoles.

Une question cruciale s'est posée à la Conférence: mettre en place des politiques, même très bien pensées, pour les plus démunis de nos concitoyens ne risque-t-il pas d'amener à l'assistanat, d'aggraver la marginalisation, la stigmatisation? La réponse est à la fois politique et éthique.

Politiquement, une telle stratégie n'est acceptable que si ces personnes, familles et groupes sont considérés comme des partenaires à part entière, non seulement pour se soigner, mais aussi pour participer à l'élaboration des politiques de santé. Les professionnels et les associations qui font remonter le vécu et la voix des pauvres vers les responsables politiques à tous niveaux jouent là un rôle de médiation irremplaçable. Ce partenariat des plus pauvres est un élément indispensable de la citoyenneté. Il est aussi un pas vers la solidarité à l'intérieur de la cité. Enfin, on a rappelé que ce qui est ainsi fait avec les plus démunis profite à l'ensemble de la communauté: ne sont-ils pas les révélateurs des dysfonctionnements de nos sociétés, dont souffrent aussi - quoique à un moindre degré - beaucoup de nos contemporains?

Du point de vue éthique, il ne suffit pas de tout faire pour éviter étiquetage, stigmatisation, blâme de la victime, il faut, plus positivement, promouvoir la confidentialité, le respect de l'intimité des personnes et des familles, de leur vie privée. La formation des intervenants sanitaires et sociaux est certes importante, mais c'est toute la société qu'il convient de sensibiliser à ces dimensions. N'a-t-on pas dit qu'on juge une société (ou un pays, ou une municipalité) à la façon dont elle traite les plus faibles de ses membres?

Cependant, nos sociétés, confrontées à des problèmes sociaux complexes, n'échappent pas toujours à la tentation d'en chercher la solution du côté de la médecine. La médicalisation - et, plus grave encore, la psychiatrisation - des difficultés sociales des plus démunis ont été dénoncées par les participants, qui ont reprecisé le rôle des professionnels de la santé et des hôpitaux. Aux premiers il revient de prendre en compte dans leur activité les conditions de vie et les problèmes sociaux des personnes, familles et groupes en grande pauvreté, mais non de les prendre en charge: ils n'en n'ont ni la compétence, ni les moyens et c'est d'une approche multisectorielle bien comprise, où la médecine a tout son rôle, mais rien que son rôle, que peuvent venir les solutions. Quant aux hôpitaux, souvent emportés dans une spirale technologique inflationniste, il leur faut se souvenir que leur responsabilité médicale doit se doubler de cette compétence sociale qui était la leur quand la médecine était sans grands moyens.

Tous ces points ont fait l'objet d'un large consensus, d'autant plus qu'ils recourent l'expérience des villes représentées à la Conférence. Il était d'ailleurs frappant de voir les nombreux points de convergence entre les différents exposés, même si d'importantes différences séparent ou parfois même opposent des villes comme Francfort sur-le-Main et Tirana par exemple. Le partage d'expériences est fondamental, même si les programmes mis au point dans un contexte ne peuvent être appliqués dans un autre, sauf sérieuses adaptations.

\*  
\*   \*  
\*

### Résultats de la Table Ronde

A l'issue des études de cas, une Table Ronde a réuni, sous la présidence de **M. Chénard** (France), Vice-Président du CPLRE, deux représentants du Congrès (**MM Zahn**, Allemagne, et **Gualandi**, Italie) ainsi que trois représentants d'ONG européennes (**M. Claude Marx** (France), Président du Regroupement "Santé" des ONG ayant statut consultatif auprès du Conseil de l'Europe, le Dr. **Cormic Mac Namara** (Irlande), Président de l'Union Européenne de Médecins

Omnipraticiens (UEMO), et le Dr. Myriam De Spiegelaere (Belgique) représentant le Mouvement International ATD Quart Monde).

La Table Ronde a abordé trois questions essentielles: 1) comment améliorer l'accès aux soins; 2) comment mieux répondre aux besoins de santé des plus démunis; 3) les relations entre santé et citoyenneté. Elle a provoqué un large échange de vues avec les autres participants à la conférence. Encore une fois, les **résultats** de la Table Ronde ont été présentés par le Professeur **Manciaux**: ils sont reproduits ci-dessous.

#### 1. Comment améliorer l'accès aux soins

L'accessibilité est un problème complexe. Elle est d'abord matérielle, physique, pourrait-on dire: proximité géographique, qui a été beaucoup soulignée, transports faciles et peu coûteux, heures d'ouverture adaptées. Des lieux informels de parole, d'écoute, de dialogue - y compris rencontres de rue - peuvent constituer, en quelque sorte, l'antichambre des services. Car rencontrer les gens là où ils vivent est essentiel.

L'accessibilité financière passe par l'ouverture des droits à la santé. Des dispositifs plus généraux, tels que le Minimex en Belgique, le RMI en France, la Carte-santé dans beaucoup de régions ou pays facilitent le recours aux structures de soins. La plupart des villes font beaucoup à ce point de vue, prenant en charge les frais d'aide sociale.

Plus difficile est l'accessibilité psychologique: relationnelle et culturelle. La distance sociale entre soignants et soignés est importante. Le langage des personnes et groupes démunis est peu compréhensible à la plupart des professionnels et l'inverse et également vrai: des médiations associatives sont souvent nécessaires. Les personnels de santé sont rebutés par ces problèmes et besoins de santé des pauvres et comprennent mal que ces derniers, assaillis de multiples préoccupations, ne mettent pas la santé au premier plan, n'utilisent pas mieux les services à leur disposition, ne poursuivent pas un traitement commencé, ne se présentent pas aux rendez-vous. Un accompagnement dans la durée est indispensable, respectueux du cheminement de chacun.

Dans nos sociétés multiethniques, les perceptions et les représentations de la santé, de la maladie, des soins, varient beaucoup d'une communauté à l'autre. Or les quartiers défavorisés sont souvent un mosaïque de groupes ethniques nombreux: plusieurs dizaines parfois. Une réponse de type communautaire consiste à utiliser la médiation de femmes issues de ces groupes, qui aident les professionnels à mieux comprendre les problèmes et les réactions de ces patients particuliers. Le développement de l'ethnopsychiatrie permet aussi de mieux saisir les spécificités culturelles en matière de santé physique, mentale et sociale.

Plus généralement, il nous faut accepter que, comme le disait le père Wresinski, fondateur d'ATD Quart Monde, "les pauvres sont les seuls experts en pauvreté". Aux professionnels de se mettre à leur écoute, individuelle ou mieux collective, par le biais des associations dans lesquelles ils s'engagent ou qui sont dans un premier temps leurs porte-parole. Il y faut de l'empathie, de l'humilité, mais les professionnels qui y réussissent deviennent non seulement les médiateurs, mais aussi les avocats des plus démunis auprès de leurs collègues et des responsables de la santé publique.

Il faut toutefois reconnaître que la formation des médecins et des personnels sanitaires et sociaux les prépare mal à de telles rencontres. Il est urgent d'y remédier.

## 2. Comment mieux répondre aux besoins de santé des plus démunis?

Tout d'abord, cela a déjà été dit, en aidant à l'émergence de la demande, en créant une relation de confiance, en évitant jugements dépréciatifs et décisions humiliantes basés sur un a priori d'incompétence des plus pauvres à se soigner, à élever leurs enfants.

On a beaucoup insisté sur l'importance du lien social, du tissu social, du support social. Les professionnels des services sanitaires et sociaux doivent savoir s'appuyer sur les ressources humaines existant dans toute communauté, ainsi que sur les bénévoles, les associations, les ONG et contribuer ainsi à créer un tissu sanitaire.

Mais la multiplicité des initiatives et des intervenants, ainsi que les différents niveaux et services du système de santé, peuvent poser problème: une coordination est indispensable pour éviter de noyer sous un activisme incohérent ou dans une irresponsabilité partagée les personnes que l'on prétend servir.

Des structures trop lourdes et centralisées sont également contre-productives, mais les politiques de villes et de quartiers permettent habituellement d'agir au plus près des besoins. Cependant, un cadre réglementaire, voire législatif, national peut fournir un soutien, un guide précieux et des moyens d'action à ces services de proximité.

Au niveau international, des incitations, des directives émanant d'organisations intergouvernementales sont tout aussi souhaitables. Elles n'empêchent pas, au contraire, des initiatives bilatérales telles que des jumelages entre villes, entre hôpitaux. Ceci est particulièrement important pour aider les pays de l'Europe de l'Est à sortir progressivement de situations qui, sans cela, risquent de se pérenniser et de devenir inextricables.

Initiatives, innovations, expériences sont souhaitables pour autant qu'elles partent d'une bonne connaissance des problèmes, affichent clairement leurs objectifs, se développent en partenariat avec ceux qu'elles veulent aider, et se prêtent à évaluation: comment, sans cela, juger de leur intérêt, reconnaître leurs résultats positifs mais aussi, parfois, leurs effets pervers? Connaissance des situations, évaluation des politiques et des activités, anticipation de leurs effets et des évolutions constituent, en fait, la "composante recherche" indispensable à tout programme sérieux.

Il a été souligné que les personnes et les familles démunies, enfoncées dans leurs soucis et tôt usées par l'existence, espéraient beaucoup en un avenir meilleur pour leurs enfants. C'est là un levier important pour leur participation. Cette perspective transgénérationnelle est également essentielle pour les professionnels et les politiques: la pérennisation et la transmission de la grande pauvreté signerait leur échec.

### 3. Santé et citoyenneté

Une mauvaise santé n'est pas en soi un obstacle à la citoyenneté. Cependant, elle peut entraver l'exercice dans différents domaines. Mais nos concitoyens les plus démunis souffrent à la fois d'un mauvais état de santé et d'un déni de droits - dont celui à des soins de santé de qualité - qui les exclut de fait de leur citoyenneté. La restauration, ou tout au moins l'amélioration de leur santé est chemin de citoyenneté.

Cela passe par un partenariat non seulement avec les institutions, mais aussi et surtout avec les autres citoyens, partenariat dans lequel les plus pauvres deviennent progressivement acteurs et promoteurs de leur santé et de celle de leurs proches, ainsi que partie prenante dans l'élaboration des politiques de santé. La vie associative favorise cet engagement partenarial et lui donne un poids supérieur à celui de la somme de démarches et de réussites individuelles. De fait, les plus pauvres deviennent capables d'agir quand ils sont regardés comme acteurs et sources de projets en fonction de leur expérience (de leur expertise) de la vie en grande pauvreté. Leur refus de la persistance de cette situation, leur souci de l'avenir de leurs enfants en font des partenaires compétents et précieux.

Cette participation active des plus démunis est en elle-même un facteur de diminution de l'exclusion sociale, un jalon vers la réinsertion, vers la reconnaissance - par eux et par les autres - de leurs capacités, de leur dignité et donc de leur citoyenneté. Une telle démarche est exigeante pour ceux qui accompagnent la réhabilitation - au sens fort de ce terme - de leurs concitoyens les plus pauvres. Mais elle est aussi bénéfique pour tous les partenaires, pour la communauté, pour la société.

Il a été question, au cours de cette table ronde, d'un fonds européen de projets qui aiderait les collectivités territoriales à développer de telles approches. Cela pourrait contribuer à mettre en pratique les recommandations de la Conférence et à renforcer l'échange d'expériences et la collaboration entre villes et régions de l'Europe par-delà les frontières.

\*  
\*      \*

### Conclusions: la Déclaration Finale et les projets de Résolution et Recommandation

A l'issue de la conférence, sous la présidence de M. Bengt Mollstedt (Suède), ancien Président de la CPLRE, après avoir entendu une communication de M. Paul Meyers (Belgique), ancien Ministre, Animateur du Réseau de Villes "grande pauvreté et citoyenneté" du CPLRE, les participants ont adopté une **Déclaration Finale**. Celle-ci est maintenant reproduite en **annexe** aux projets de Résolution et de Recommandation qui sont soumis pour adoption.

Tous ces textes reprennent la structure fondamentale des travaux de la conférence de Strasbourg. Après avoir rappelé les différents obstacles à l'accès aux soins des plus démunis, les carences des systèmes de santé et les autres déterminants de la santé (nutrition, logement, illettrisme, isolement, chômage), la Déclaration souligne que l'amélioration de la santé des plus démunis est destinée à rester hypothétique sans le concours des autres politiques publiques. En

effet, le danger qui nous menace est la médicalisation des problèmes sociaux. Plusieurs initiatives, au niveau national et, surtout, local et régional, dégagent cependant les conditions qui permettent de freiner la dégradation de la santé des plus démunis, d'y porter remède et même d'inverser l'évolution négative: il s'agit notamment de prendre en compte le vécu et la parole des personnes, de les faire participer activement à l'élaboration, à l'exécution et à l'évaluation de tout projet ou programme visant à améliorer leur santé, de favoriser leur vie associative et d'assurer un accompagnement durable.

Dans sa deuxième partie, avant de formuler quelques recommandations spécifiques, la Déclaration Finale s'attache à définir, en huit points, le rôle des autorités publiques, de l'Etat pour commencer et des autorités locales et régionales en particulier, en matière d'accès aux soins, de politiques de santé et de politiques publiques en général.

Je rappelle brièvement les données du problème.

Ni l'accès aux soins ni les politiques de santé actuelles ne permettent d'améliorer d'une façon satisfaisante la santé des groupes, familles et personnes les plus démunis. Leur santé est en effet conditionnée par des facteurs structurels tels que le logement, la nutrition, le chômage, l'absence de ressources, la mauvaise éducation, etc. Nous ne pouvons espérer d'améliorer durablement leur santé, sans aborder simultanément ces différentes dimensions et facteurs.

Pour commencer, au niveau local, on peut mieux suivre l'évolution de l'état de santé de tous les citoyens. Ce niveau est un lieu privilégié d'observation, de collecte d'informations, de réflexion et de connaissance. De même, il est possible à ce niveau de faire émerger une demande de soins et de santé qui jusqu'à présent ne s'exprime ni clairement ni suffisamment. En améliorant notamment l'écoute et le contact avec les patients, en liaison avec les associations et le volontariat. On peut, d'autre part, mettre en oeuvre des actions novatrices en partenariat avec les personnes et prévoir un accompagnement dans le temps, en liaison avec les autres politiques publiques et les différentes formes d'intervention que celles-ci organisent.

Au fur et à mesure que les besoins se définissent, les carences des systèmes de soins et de santé se précisent. Carences au niveau local d'abord, mais aussi aux niveaux, régional et national. Il y a des questions d'organisation ou de coordination (par exemple l'articulation entre médecine de proximité et médecine hospitalière) qui ne peuvent pas être réglées, partiellement ou totalement, au niveau local. Elles peuvent cependant être soulignées et clarifiées à ce niveau de base, qui joue alors un rôle de proposition. D'ailleurs, la connaissance, la proposition et l'action, sont des dimensions inhérentes aussi aux politiques publiques aux autres niveaux territoriaux. En particulier, le niveau régional est un lieu de synthèse et de coordination particulièrement important entre les différentes politiques et où, en particulier, les politiques de la santé trouvent leur cohérence territoriale et personnelle. L'Avis qui va être formulé par la Chambre des Régions complétera sans doute cet aspect.

Les textes à adopter mettent l'accent sur la nécessité de planifier les politiques publiques et la politique de santé en particulier. Ils envisagent une articulation des différents politiques publiques et leur intégration tant verticale qu'horizontale, par la mise en réseau sur le territoire d'une pluralité d'actions qui viennent d'en bas selon un principe de proximité et qui s'étendent dans l'espace selon un principe fédératif. Ils définissent la méthode de cette planification comme une "méthode partenariale, pluraliste, décentralisée et articulée".

La conférence n'a pas pris position sur la question de la privatisation de la médecine. Elle a cependant souligné qu'il appartient aux Etats d'assurer à tous les citoyens le droit à la santé. Les Etats ne pourront pas se passer de plans nationaux de santé englobant les connaissances et les propositions qui viennent d'en bas. Mais les Etats ne doivent pas se décharger sur les collectivités territoriales et communales, "sans partager convenablement et selon des critères d'équité territoriales et individuelle, le fardeau financier" (Déclaration Finale).

D'autres Recommandations mettent l'accent sur l'opportunité de préparer convenablement les professionnels et les milieux intéressés à mieux travailler avec les personnes et les familles démunies et sur celle de favoriser les échanges d'expériences entre les villes, les régions et les hôpitaux, notamment avec des pays de l'Europe centrale et orientale.

Le Comité des Ministres est invité à charger le Comité européen de la santé (CDSP), de prendre en considération les résultats de la conférence de Strasbourg sur santé et citoyenneté, dans le cadre de ses travaux sur l'accès aux soins. En effet, il faut se réjouir du fait que la 5e Conférence des Ministres européens de la santé qui se tient à Varsovie les 7 et 8 novembre 1996, se penche sur la nécessité d'assurer des soins de santé de qualité, à toutes les couches de la population. Il est par conséquent souhaitable que le Comité directeur tienne compte des travaux du CPLRE de façon complémentaire, selon le voeu exprimé dans la Déclaration Finale de Strasbourg.

Pour conclure définitivement, je ne peux pas passer sous silence les décisions qui sont proposées au Congrès, celle, d'abord, de poursuivre son combat pour la citoyenneté des plus démunis, en apportant aussi son soutien et son appui au projet "dignité humaine et exclusion sociale", et celle, ensuite, de consolider l'acquis des conférences de Llangollen, Francfort, Charleroi, Nottingham, Sienne, Strasbourg et Florence, en envisageant, désormais à l'aube du troisième millénaire, une grande confrontation sur "l'Europe et les politiques de citoyenneté".