

DOSSIER DE PRESSE

LE 14.11.2019



Marseille, Palais des Congrès et des Expositions Chanot



Du 20 au 23 novembre 2019



Plus de 2 000 participants issus des 53 pays de la zone Europe de l'OMS ainsi que du Maghreb et du monde entier



Plus de 300 français inscrits





EDITO

YVES CHARPAK

**PRÉSIDENT DE LA CONFÉRENCE,
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ
FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE**

Cette année 2019 est, pour la santé publique française, une formidable opportunité de contribuer au débat et de rappeler que la santé des populations se construit au-delà de nos frontières. Et ce, d'autant plus, que les professionnels de santé publique français partagent encore trop peu leurs travaux, alors que nos confrères européens sont en demande de notre expérience et d'échanges.

Le 12e Congrès de l'Association européenne de santé publique (European Public Health Association [EUPHA]) se déroulera à Marseille du 20 au 23 novembre prochain. Ces quatre jours constituent pour les acteurs de santé publique français une double opportunité : celle de nouer des liens avec leurs homologues des autres pays d'Europe et au-delà, mais aussi celle de mettre à l'agenda, en France, un certain nombre de sujets essentiels à la construction d'une santé publique européenne solidaire et ouverte sur le monde.

Le choix de Marseille n'est pas anodin. Il nous oblige à construire de nouveaux ponts : géographiques tout d'abord, en nous interpellant sur la question des migrations et des risques sanitaires parfois dramatiques pour les populations concernées. En tant que professionnels de santé publique, nous connaissons la complexité de la question des migrations et nous nous devons de participer au débat. Comment faire pour que nos systèmes de santé soient mobilisés et pertinents pour protéger la santé et, a minima, ne pas aggraver encore plus la situation des personnes migrantes ? Comment collaborer et échanger sur ces questions avec nos collègues au sud de la Méditerranée, eux aussi confrontés à des migrations parfois bien plus importantes en nombre que dans les pays européens.

Ces ponts sont à établir en perspective d'une réflexion mondialisée sur une solidarité indispensable dans et entre les systèmes de santé, dans l'accès aux services de santé, dans la prise en charge des maladies à soins coûteux et dans la couverture sanitaire universelle... au niveau national mais aussi transfrontalier et international. C'est un sujet central de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) aujourd'hui, et ce d'autant plus que les maladies non transmissibles constituent une préoccupation majeure pour tous les systèmes de santé.

Des ponts entre secteurs d'activité doivent également être consolidés afin de faciliter une approche multisectorielle incontournable, que ce soit autour de l'alimentation, de l'environnement, de la gestion de l'énergie, des mobilités et du développement urbain et territorial, de l'économie, etc. En clair, il est nécessaire de travailler ensemble à une vision forte de « la santé dans toutes les politiques », face à des « producteurs de risques pour la santé » qui ont d'autres objectifs que la bonne santé des populations.

Des ponts, enfin, doivent associer les disciplines concourant à la santé publique, à travers une nécessaire collaboration transdisciplinaire, toujours rappelée mais si complexe à faire vivre au quotidien.

Le choix de la ville de Marseille nous incite à développer et innover dans des partenariats construits avec les systèmes de santé des pays de l'autre côté de cette frontière européenne du Sud, pays moins sollicités par l'Union européenne que les États de l'Est de l'Europe pour échanger et développer des accords en termes de santé... Comment aller au-delà de coopérations traditionnelles trop souvent unilatérales, voire paternalistes ?

La participation active de la France à ce congrès européen – à travers notamment l'implication de la Société française de santé publique (SFSP), en première ligne dans son organisation – est une occasion unique d'amorcer ou de poursuivre ces collaborations. Immigration, solidarités pour la santé publique, nouvelles approches en santé publique, liens entre la santé publique européenne et la santé publique mondiale, nouveaux rôles en santé publique... les thèmes abordés sont autant d'opportunités de renforcer les ponts entre les territoires, les domaines, les équipes, les populations et les disciplines. C'est peu dire que les Français ont répondu à l'appel : plus de 300 y participeront ! C'est un chiffre record ! Nul doute qu'ils saisiront cette opportunité pour jeter des ponts avec nos partenaires européens.

Un congrès européen en France, c'est aussi l'occasion de rencontrer les principaux partenaires institutionnels de la « santé européenne » impliqués dans l'organisation des sessions plénières du congrès. Il s'agit, par exemple, de la direction de la Santé de la Commission européenne (mais aussi celles de l'Environnement, du Transport, de la Société de l'information, de la Coopération et du Développement), du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (European Center for Disease Control [ECDC] de Stockholm, du bureau régional de l'OMS pour l'Europe, du réseau des instituts nationaux de prévention et promotion de la santé (EuroHealthNet), de l'Association européenne des écoles de santé publique (Association of Schools of Public Health in the European Region [ASPHER]) et quelques autres.

Avec plus de 2 000 participants, cette 12ème conférence européenne est déjà un succès de participation. Faisons en sorte qu'elle le soit en termes de contenu !

A PROPOS

CONFÉRENCE DE PRESSE

JEUDI 21 NOVEMBRE À 9H30

Avec les interventions de :

- Natasha Azzopardi Muscat (Malte), Présidente de l'Association européenne de santé publique (EUPHA)
- Yves Charpak (France), Président de la 12ème Conférence européenne de santé publique Marseille 2019
- Emmanuel Rusch (France), Président de la Société Française de Santé Publique (SFSP)
- Denis Zmirou-Navier (France), Président du Conseil scientifique de la conférence

Elle se tiendra en anglais, puis il sera possible de s'entretenir avec les intervenants, ainsi qu'avec d'autres experts français.

Contact Presse : Isabelle CATALA | 06 11 76 80 31



L'Association européenne de santé publique (EUPHA – European Public Health Association) et la Société Française de Santé Publique (SFSP) accueillent la 12ème Conférence européenne de santé publique. La 9ème Conférence internationale « Digital Public Health » se tient en parallèle.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE

La Société française de santé publique (SFSP) a pour objectif de rassembler l'ensemble des acteurs de santé publique afin de mener une réflexion interdisciplinaire et interprofessionnelle tournée vers l'action. La SFSP offre aux acteurs de santé publique – praticiens de terrain, chercheurs, décideurs, bénévoles, etc. – un cadre et des moyens pour une réflexion collective et interprofessionnelle, qui repose en particulier sur l'analyse pluridisciplinaire et critique des faits scientifiques et des pratiques professionnelles. Se fondant sur les expériences et les savoir-faire de ses membres, elle débouche sur la formulation de propositions à l'intention des décideurs et permet d'éclairer l'opinion publique sur les enjeux, les forces et les faiblesses des politiques publiques de santé. Créée en 1877, la SFSP est une association reconnue d'utilité publique. Son siège social se trouve à Laxou (Meurthe-et-Moselle). Elle est forte d'un réseau d'environ 60 organisations membres et de 600 membres individuels, qui sont implantés sur tout le territoire et impliqués dans l'ensemble des champs de la santé publique.

EUPHA, EUROPEAN ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH

L'association européenne de santé publique (EUPHA) est une organisation qui regroupe des associations et des instituts de santé publique en Europe. EUPHA a été fondée en 1992 et compte aujourd'hui 86 membres issus de 47 pays. EUPHA est une organisation scientifique multidisciplinaire internationale qui rassemble environ 19 000 experts en santé publique dans le cadre d'échanges et de collaborations dans toute l'Europe. Elle encourage une approche multidisciplinaire de la santé publique.

EUROPEAN PUBLIC HEALTH CONFERENCE FOUNDATION

EPH Conference Foundation est une organisation à but non lucratif qui a pour objectif de contribuer au maintien et à l'amélioration de la santé publique dans la région européenne grâce au renforcement des capacités, à l'acquisition de connaissances et au transfert de connaissances par le biais, notamment, de l'organisation de conférences scientifiques. Chaque année, elle organise la Conférence européenne de santé publique dans un pays différent de la zone.

THÉMATIQUES

Le thème transversal de la conférence est « Construire des ponts pour la solidarité et la santé publique », qui se déclinera ainsi :

- **MIGRATIONS** : construire des ponts pour une santé publique solidaire
- **INTERSECTORIALITÉ** : construire des ponts pour intégrer la santé dans toutes les politiques
- **S'ADAPTER** : construire des ponts pour diversifier les acteurs et les approches en santé publique face aux changements démographiques
- **SANTÉ MONDIALE** : construire des ponts entre l'Europe et ses voisins pour une santé publique européenne connectée aux enjeux mondiaux
- **CHANGER DE REGARD** : construire des ponts pour définir les nouveaux rôles de la santé publique

Parmi les sujets qui seront particulièrement mis en exergue, on peut noter :



MIGRATIONS : quel impact sanitaire ?



SYSTÈMES DE SOINS EUROPÉENS : les soignants formés à l'étranger, seul recours en temps de crise ?



DÉRÈGLEMENT CLIMATIQUE : comment se préparer à l'impact sur la santé ?



E-SANTÉ : mon médecin ne sera-t-il plus que digital ?



VACCINS : trop de vaccins obligatoires ?



PRISON : serait-on en meilleure santé en prison qu'à l'extérieur ?



MILLENNIALS : une génération perdue pour la santé ?

Plus globalement, la conférence abordera l'ensemble des enjeux actuels de la santé publique, de la surveillance épidémiologique aux enjeux de santé des personnes LGBTI en passant par les maladies chroniques, le vieillissement, la nutrition, la santé des personnes incarcérées ou la vaccination.

MIGRATION ET SANTÉ : DES PARTICULARITÉS À PRENDRE EN COMPTE

FOCUS

UN ÉCLAIRAGE PAR LE DR NICOLAS VIGNIER, GROUPE HOSPITALIER SUD ILE-DE-FRANCE, INSTITUT PIERRE LOUIS D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE, ÉQUIPE ERES, SORBONNE UNIVERSITÉ, INSERM UMR 1136

Existe-t-il une définition du mot migrant en santé publique? Y associe-t-on les personnes qui viennent avec un visa touristique et qui restent en Europe lorsque le visa est expiré?

Il n'existe **pas de définition consensuelle** du terme migrant en français ni d'un point de vue scientifique, ni administratif et encore moins au sein des médias. Il existe par contre une définition officielle du terme **immigré, qui est toute personne née étrangère à l'étranger**. Le statut d'immigré est donc déterminé par la **naissance** et il est indépendant de l'ancienneté d'arrivée en France et de la nationalité actuelle (les immigrés naturalisés sont français, là où les immigrés étrangers sont de nationalité étrangère)

Pour une partie des chercheurs, le terme migrant correspond aux **immigrés récemment arrivés** sur le territoire français quel que soit leur motif de migration (regroupement familial, travail, études, demande d'asile, migrants dits « économiques » cherchant une vie meilleure). Pour d'autres ce terme est équivalent à celui d'immigré et correspond donc à l'ensemble des personnes nées étrangères à l'étranger et ayant migré en France pour y résider.

Certains pays assortissent d'ailleurs la définition de migrant à une **durée de résidence** d'au moins un an sur le territoire pour faire la différence avec des personnes qui seraient de passage (voyageurs, touristes, travailleurs saisonniers, migrants de passage, etc.). Il n'y a, là encore, pas de consensus sur la définition mais l'ensemble des chercheurs s'accordent sur l'idée que le terme de migrants correspond à des personnes résidant en France et ayant l'intention d'y rester.

Certains appellent migrants primo-arrivants ceux qui sont récemment arrivés en France, encore une fois sans consensus sur la durée : **6 mois, 1 an, 5 ans, 10 ans?** Ce terme de migrants **primo-arrivants** est par ailleurs utilisé par le ministère de l'intérieur dans un tout autre contexte pour catégoriser une partie des immigrés relevant d'une prise en charge donnée.

A noter enfin que les personnes appartenant à ce que l'on appelle la **deuxième génération** (français nés d'un ou de deux parents immigrés) ne sont pas des immigrés puisqu'ils sont nés français ou étrangers en France.

Il en est de même des personnes originaires des collectivités d'outre-mer qui sont nées françaises en France.

Les pathologies les plus représentées chez les migrants dénotent-elles d'une fragilité liée aux conditions de vie ou sont-elles en lien avec une pathologie préalable?

D'une manière générale les problématiques de santé **ne diffèrent pas** entre les immigrés et la population générale et toute personne issue de l'immigration doit être pris en charge selon les standards de la médecine et devrait bénéficier d'un égal accès aux soins, indépendamment de son origine, de son statut, de sa maîtrise du français, etc.

Ceci étant dit, il existe quelques spécificités épidémiologiques pour certains sous-groupes d'immigrés, soit en raison d'expositions à des **maladies infectieuses avant l'immigration** (comme la tuberculose et l'hépatite B), soit pour des **raisons génétiques** (comme la drépanocytose pour l'Afrique subsaharienne et le sous-continent Indien), mais qui sont le plus souvent liés aux mauvaises conditions de migration et aux conditions de vie en France.

Il convient donc, pour répondre à cette question, de différencier les immigrés installés depuis de nombreuses années ne présentant que peu de spécificités sanitaires des migrants **primo-arrivants** qui sont plus exposés à cette **vulnérabilité médicale**.

Chez les primo-arrivants, un des enjeux majeurs est la **santé mentale**, les difficultés rencontrées et la fréquence des violences subies (en particulier chez les demandeurs d'asile et chez ceux ayant migré par voie terrestre notamment via la Lybie) ont souvent pour conséquence une **souffrance psychique** qui peut se manifester sous forme de syndrome anxieux, dépressifs, voir sous forme de véritables syndromes de **stress psycho-traumatique** et de psychoses. Ces troubles nécessitent une détection précoce et une prise en charge rapide et adaptée, qui fait souvent défaut, au risque de voir ces troubles s'aggraver et s'enkyster.

On a longtemps décrit un « **healthy migrant effect** », c'est-à-dire le fait que les immigrés soient en meilleure santé que la population générale en moyenne. Il est expliqué par la **sélection à l'émigration** (il faut être jeune, en bonne santé et avoir des moyens financiers suffisants pour émigrer). Cependant, cet effet est **de plus en plus discuté** par les démographes car les parcours migratoires éprouvants, les mauvaises conditions d'accueil et les mauvaises conditions de travail ont un effet négatif sur la santé physique et psychique et entraînent une dégradation de l'état de santé.

Existe-t-il des pathologies particulières maternelles, infantiles, infectieuses, métaboliques plus spécifiques des migrants ?

Concernant la santé maternelle et la périnatalité, plusieurs études ont démontré que les femmes immigrées étaient plus souvent **césarisées**, avaient plus souvent des enfants **prématurés** ou avec un petit poids de naissance, et encore plus inquiétant qu'elles étaient exposées à un sur risque de mortalité maternelle. Ce constat était particulièrement marqué pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne.

Concernant les maladies infectieuses, on observe une prévalence plus élevée de certaines pathologies fréquentes dans les pays d'origine comme la **tuberculose maladie** (risque 8 fois plus élevé, concentré parmi les personnes arrivées en France depuis moins de 2 ans qui peuvent réactiver une infection tuberculeuse latente acquise dans le pays d'origine) et les **hépatites chroniques B et C** (contractées dans le pays d'origine, asymptomatiques et diagnostiquées en France à l'occasion d'un dépistage).

Concernant l'infection par le **VIH**, qui est plus fréquente chez les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, on a longtemps pensé que, comme pour les hépatites, elles avaient été acquises dans le pays d'origine et diagnostiquées tardivement en France. L'étude ANRS Parcours a révélé qu'entre un tiers et la **moitié** des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH en France avaient en fait été **infectées en France** et non dans leur pays d'origine, et que ces personnes étaient plus à risque de contamination durant les premières années après l'arrivée en France quand elles rencontraient des difficultés de logement, de ressources et de papiers et qu'elles étaient dans des situations de vulnérabilité sexuelle.

Les **parasitoses**, qui sont des maladies rares, sont plus souvent rencontrées chez les migrants primo-arrivants comme la **bilharziose** urinaire, fréquente chez les jeunes originaires d'Afrique. C'est en raison de la fréquence de ces quelques maladies, que le Haut Conseil de la Santé Publique a recommandé en 2010 l'organisation d'une visite médicale avec bilan de santé pour tous les étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers.

De manière plus anecdotique, des épidémies de maladies à **prévention vaccinale** (grippe, rougeole et varicelle) ont été observées dans des camps de fortune où de nombreux migrants non immunisés vivaient dans des conditions de vie précaires et de promiscuité. Ces épidémies sont dues à des maladies infectieuses qui sévissent en France et qui n'ont rien à voir avec les maladies importées. Les migrants relèvent donc de mesures de santé publique spécifiques dont une mise à jour de leurs vaccinations rapide après leur arrivée pour les protéger contre les maladies infectieuses qui sévissent en France.

Pour les immigrés installés, il faut aussi souligner une prévalence plus élevée de **diabète, d'hypertension, de surpoids** et de certaines **maladies cardiovasculaires** pour certaines catégories, au moins en partie liées à des facteurs de prédisposition génétique et à l'adoption d'habitudes alimentaires moins favorables à la santé. Les immigrés gardent des liens étroits avec leur pays d'origine et voyagent fréquemment. Ils peuvent être, à ce titre, plus exposés aux pathologies du voyage, à commencer par le **paludisme** dont 80% des cas survient chez des immigrés qui sont rentrés au pays sans prendre de traitement préventif.

Un **vieillessement prématuré** et des difficultés de prise en charge de la **dépendance** ont également été observés parmi les travailleurs immigrés, ayant eu des conditions de travail difficiles et restant isolés en France pour ceux qui n'ont pas bénéficié du regroupement familial.

L'ACCÈS AUX SOINS DES MIGRANTS EN FRANCE DANS L'IMPASSE ?

FOCUS

UN ÉCLAIRAGE PAR LE DR NICOLAS VIGNIER, GROUPE HOSPITALIER SUD ILE-DE-FRANCE, INSTITUT PIERRE LOUIS D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE, ÉQUIPE ERES, SORBONNE UNIVERSITÉ, INSERM UMR 1136

La France peut-elle prendre en charge d'un point de vue sanitaire (risque d'épidémies?) et social (coût des traitements de pathologies chroniques) tous les migrants ?

La question de si l'on peut prendre en charge d'un point de vue sanitaire tous les migrants est souvent posée et mérite en effet d'être abordée. Cependant, elle ne devrait pas être restreinte au « peut » mais devrait aussi poser la question de savoir si l'on « doit » prendre en charge d'un point de vue sanitaire tous les migrants ?

Ainsi, si on s'en tient au droit et à l'ambition d'universalité de notre système de santé, la France doit prendre en charge tous les migrants sur le plan de leur santé.

Ceci est d'autant plus simple que **la majorité des immigrants sont parfaitement intégrés voire sont français**, qu'ils travaillent et cotisent à notre système de protection sociale et qu'ils en bénéficient comme toutes les personnes nées en France.

De plus, pour un médecin, la déontologie impose une prise en charge indifférenciée de tout patient indépendamment de ses origines et de son statut social. Ce **devoir déontologique** a été réaffirmé cette semaine par l'ordre national des médecins. Cependant, certains médecins ne jouent pas le jeu et refusent de soigner certains patients, en particulier quand ils bénéficient des couvertures maladies réservées aux personnes les plus précaires.

Quels patients sont couverts par l'AME, mesure qui fait actuellement l'objet de débats ?

Là où se cristallise le débat du « peut », c'est quand il s'agit de prendre en charge les demandeurs d'asile ou les **migrants en situation irrégulière** qui ont été **exclus** historiquement du système de protection sociale à la fin des années **1990**, pour des raisons principalement politiques, là où avant ils pouvaient cotiser via leur travail (« les travailleurs sans papiers ») et bénéficier du fruit de leurs cotisations en cas de maladie.

Depuis 2000, les personnes en situation irrégulière, résidant en France de manière stable (depuis plus de 3 mois) et dont les revenus sont inférieurs à un seuil peuvent bénéficier de l'Aide Médicale d'État (AME). L'AME est définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles du 23/12/2000 et au titre IV du décret du 02/09/1954 (modifié le 28/07/2005). Elle a remplacé l'Aide Médicale gratuite qui était gérée par les départements et destinée aux personnes en situation de précarité (quel que soit leur statut, puis à partir de 1993, uniquement aux étrangers en situation irrégulière avec une condition d'ancienneté de résidence de 3 ans).

L'AME est une protection maladie sous forme d'aide sociale qui couvre les parts de **base** (prises en charge pour les autres par l'Assurance Maladie) et **complémentaires** des soins (pris en charge pour les autres par les complémentaires santé). Elle est gérée par les caisses d'Assurance maladie pour le compte de l'État. Elle permet la prise en charge des consultations en ville et à l'hôpital, des prescriptions et du forfait hospitalier à l'exception des prothèses et des dépenses d'optique. Elle donne droit à la dispense de l'avance des frais. Il s'agit d'une prestation d'aide sociale donc les bénéficiaires de l'AME ne sont pas considérés comme des assurés sociaux et ne sont donc pas supportés par l'Assurance Maladie.

Les bénéficiaires ont une attestation papier mais pas de carte vitale et ne peuvent donc pas bénéficier de la télétransmission. **Environ 230 000 personnes en bénéficiaient en 2010 et 294 000 en 2014** (Gloasguen and Siruge 2015). **Au 31/12/2016, le nombre de bénéficiaires était estimé à 312 310** (source Rapport Loi de finances pour 2018).

Son budget en 2016 représentait **moins de 0,5% des dépenses de l'Assurance maladie**. La condition d'ancienneté de **présence de trois mois en France** n'est pas requise pour les mineurs, les étudiants et les membres de famille rejoignant un assuré. Depuis 2011, sont **exclus** de la prise en charge, les frais relatifs aux **cures thermales** ainsi que les actes, médicaments et produits spécifiques à **l'assistance médicale à la procréation** (Article R. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles).

Un « ticket d'entrée » de 30 euros avait été instauré en 2011, puis annulé en 2012. Cette aide sociale est un outil efficace et essentiel pour l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Son annulation ou la restriction de son spectre entraînerait des renoncements aux soins qui auraient pour conséquence des **prises en charge plus tardives**, à un stade plus avancé de pathologies qui seraient alors prises en charge au titre des soins urgents et qui **couteraient plus cher à la solidarité nationale**.

Le coût de l'AME qui s'élève en **2018 à un peu plus que 900 millions d'euros** est considéré par certains politiques comme un coût trop élevé : il faudrait donc la réduire à tout prix voire la supprimer.

Il faut relativiser ces positions éminemment politiques, l'AME ne représentant que 0,5% des dépenses de l'Assurance maladie, donc une **frange très minoritaire**.

Ce ne sont pas les migrants qui sont à l'origine de la crise hospitalière actuelle ?

Ce qui déstabilise aujourd'hui le système de protection sociale et l'accès aux soins, c'est le **vieillessement de la population** qui entraîne une augmentation mécanique des besoins et le **départ à la retraite des médecins** qui pose un problème démographique pour y faire face. Ce serait donc une erreur de se **tromper de diagnostic**.

Il convient aussi de distinguer une autre population : les **demandeurs d'asile** qui sont des migrants en situation régulière attendant une décision de l'OFPRA et qui bénéficient à ce titre de l'Assurance maladie et de la Complémentaire santé solidaire, qui est le nouveau nom depuis le 1/11/19 de la **CMU complémentaire ou CMU-C** qui a fusionné avec l'Aide à la complémentaire santé. Ces derniers ont souvent un **état de santé dégradé** et leur accès aux soins rapide est essentiel pour freiner cette dégradation, prendre en charge les troubles, mais aussi pour prévenir la transmission secondaire de maladies infectieuses contagieuses comme la **tuberculose** maladie.

A ce titre la récente annonce du gouvernement prévoyant un délai avant ouverture des droits pour les demandeurs d'asile n'est pas de nature à faciliter une prise en charge précoce et est susceptible d'avoir un impact de santé publique négatif pour les demandeurs eux même mais aussi potentiellement pour la société française dans son ensemble.

Ces deux populations qui cristallisent l'attention des politiques et des médias en représentent qu'une minorité des migrants/immigrés vivant en France, ces derniers contribuant très largement de manière positive au système de protection social quand on l'analyse dans son ensemble.

Les travaux menés au cours des 20 dernières années montrent à l'inverse que l'universalité de l'accès aux soins n'est pas toujours une réalité pour des raisons multiples dont la complexité administrative et le manque d'assistance en la constitution des dossiers, les **discriminations** à l'égard des bénéficiaires de la CMUC et de l'AME victimes de **refus de soins** d'une partie des soignants en lien avec des dysfonctionnement du circuit de paiement, mais aussi du fait de discriminations des professionnels de santé envers des malades jugés non légitimes ou en prétendu surconsommation de soins, fait non vérifié par les données scientifiques de consommation de soins dont nous disposons.

Le système de santé français est-il saturé actuellement ou peut-il encore absorber des patients supplémentaires tels que les migrants ?

La question qui est posée en filigrane est l'**adaptabilité du système de santé aux flux migratoire** et notamment à leur augmentation récente pour ce qui concerne la demande d'asile et, peut-être, les migrants en situation irrégulière. Il serait une erreur d'envisager un ajustement de l'offre au volume dans une logique de maintien d'une enveloppe financière considérée comme acceptable pour le soin des étrangers, notamment sans papiers. Si le droit et l'éthique nous invitent à respecter un égal accès aux soins et à assurer des soins équivalents à tous, alors la réponse de notre système de santé face à des fluctuations de flux mais aussi de politiques (restriction du séjour légal et production de l'irrégularité du séjour en France) nécessite en effet un débat.

Quatre approches sont possibles aujourd'hui,

- **se refermer sur le national et réduire l'accès aux soins des étrangers**, comme le font certains pays avec des conséquences sanitaires immédiates pour eux et indirectement pour la population majoritaire (risque infectieux notamment), mais également un surcoût pour le système de santé, qui devra prendre en charge les « soins urgents » induits par les pathologies à un stade avancé. C'est la voie qui s'ouvre avec le débat sur l'AME et l'exclusion des demandeurs d'asile de la sécurité sociale.
- **le statu quo**, qui consiste à dire « Nous avons un système universaliste, nous nous sommes dotés des outils nécessaires pour ceux qui y échappent (Permanences d'Accès aux Soins de Santé, associations, Dispositif soins urgents et vitaux) et ces derniers doivent faire face et répondre aux besoins en se réorganisant face aux aléas de l'immigration ». Le statu quo, c'est **abandonner les structures qui sont en première ligne** (PASS, urgences, hôpitaux publics, centres de santé, médecins « engagés », consultations associatives) face à un enjeu difficile à surmonter, et donc leur faire subir la double peine d'être ceux qui ont accepté la dure mission d'accompagner les plus vulnérables et de ne pas s'en voir soutenus et de voir leurs conditions de travail se dégrader.
- **avoir un système dynamique**, permettant de répondre à **des enjeux ponctuels** d'augmentation de flux par la mobilisation de moyens temporaires ou l'appel à des acteurs complémentaires (réserve sanitaire, etc.). C'est l'approche qui nous est parfois proposé quand des crédits sont mobilisables mais souvent de manière non efficiente.
- **réformer le système de santé pour qu'il soit effectivement accessible à tous** (en particulier en ville, dans les établissements de santé privés et dans les déserts médicaux) et investir de manière significative et pérenne dans les structures dédiées qui pallient à ces inégalités d'accès en leur donnant des moyens pérennes et à la hauteur des enjeux d'une prise en charge médico-psychosociale (quitte à revisiter leur missions dans le futur si les inégalités d'accès aux soins se réduisent). Cette dernière voie nécessite des arbitrages budgétaires courageux.

En résumé le débat qui nous est proposé est éminemment politique, mais n'a rien de théorique. Il a **des conséquences directes sur la santé physique et psychique d'êtres humains, de résidents français issus de l'immigration que l'on appelle migrants et sur les conditions de travail de soignants et de travailleur sociaux courageux, et fatigués.**

LA « BONNE SANTÉ », PROCHAIN COMBAT DES ADOLESCENTS

UN ÉCLAIRAGE PAR ERIC LE GRAND,
CONSULTANT RECHERCHE FORMATION
ACCOMPAGNEMENT EN PROMOTION
DE LA SANTÉ, PROFESSEUR AFFILIÉ
EHESP, MEMBRE ASSOCIÉ LABORATOIRE
ARÈNES (CNRS : UMR 6051), RÉDACTEUR
ASSOCIÉ REVUE SANTÉ PUBLIQUE (SFSP)

FOCUS

Les adolescents qui se soucient de leur avenir écologique se sentent-ils aussi concernés par l'avenir de leurs conditions sanitaires ?

Bien qu'aujourd'hui, la question écologique soit au cœur des préoccupations des jeunes, il est important de souligner que la santé a toujours été pour eux une **préoccupation importante**. Certes, elle apparaît à première vue, moins franche dans les discours, mais il faut aussi rappeler certains actes fondateurs de la jeunesse, sur les questions de santé.

Leur capacité notamment dans la **mobilisation contre l'épidémie du VIH** par le biais de nombreuses associations, sur la **sécurité routière** aussi en créant notamment **Sam**. De manière aussi très concrète, la question de la **précarité menstruelle** a été portée par les jeunes (femmes et hommes) avant même que les pouvoirs publics s'en préoccupent réellement.

Il faut aussi rappeler, en regardant les principales causes qui donneraient envie aux jeunes de s'engager dans l'action, que la **santé, la recherche médicale, l'aide aux malades** apparaît à **égalité avec l'environnement** avec un chiffre de 19 % des jeunes intéressés.

De fait, la santé n'est pas éloignée des préoccupations des jeunes, loin s'en faut. La question que nous devrions nous poser est « pourquoi ne prenons-nous pas en compte cette volonté de s'engager et de faire de la santé et/ou tout simplement **d'écouter ce que les jeunes nous disent sur la et leur santé ?** » La Conférence nationale de santé, en 2013, avait organisé un débat avec jeunes qui ont élaboré et discuté une série de propositions sur la santé, le système de santé, la solidarité qui montraient à la fois une vision très altruiste à la société, une vision très respectueuse du système actuel, et aussi une volonté d'être mieux intégrés dans les différentes réflexions portées par les adultes et les politiques de santé à leur rencontre.

Les chiffres sur le recours à l'alcool, au tabac et à la e-cigarette en France et en Europe sont préoccupants. Doivent-ils être considérés comme simplement le reflet d'une période de vie propices aux expérimentations ou relèvent-ils d'une problématique plus complexe ?

Ils peuvent effectivement apparaître **préoccupants**, toutefois, que cela soit sur l'alcool et le tabac on assiste à une **baisse de la consommation** qui s'accroît depuis les années 2000 (OFDT). Effets des politiques publiques, de la réglementation, de la prévention, effectivement, cependant, on peut aussi s'interroger notamment sur le **tabac**, s'il n'y a pas non plus une **poussée écologique** qu'il conviendrait de mieux analyser (préservation de l'environnement, pollution, etc.).

Pour répondre à la question, il faut le voir effectivement sous ces deux aspects. Quel que soit le produit, il y a un **rapport à l'expérimentation**, au désir d'être, au désir de vivre et de s'inscrire dans la société, le risque fait parti intégrante de la vie. **Le risque permet aussi d'exister !** Il y a donc cet aspect-là, décrit ici de manière très caricaturale. Toutefois, l'autre partie est plus complexe. Ces consommations relèvent aussi de **fortes inégalités sociales** entre les hommes et les femmes, entre les jeunes précarisés, et les jeunes insérés entre ceux habitant en milieu rural ou urbain... Ces consommations doivent donc être mises en lien avec un système complexe reflétant les inégalités, les discriminations. D'une certaine façon, quelle place – en terme de reconnaissance sociale – est faite aux jeunes, comment sont-ils pris en compte par notre société, en terme de ressources, ou de risques ? Ces produits illustrent aussi cette question, et de fait, ne pose pas uniquement la question d'un comportement individuel mais **reflètent plutôt une société qui intègre peu et qui produit des inégalités**. De fait, on passe de l'individu à une question sociale.

Dans un contexte de remise en question, voire d'une opposition franche aux propositions venant des politiques et du gouvernement, peut-on envisager une sensibilisation efficace à la prévention en santé chez les adolescents et les jeunes adultes ?

Il y a plusieurs choses à prendre en compte. Tout d'abord, une vraie réflexion est à entreprendre sur la prévention, sur ces modalités, sur sa façon d'être, de faire et la façon dont les politiques de santé l'envisage. Lorsque je mène mes études sur la santé auprès des jeunes en France, je suis assez surpris de les entendre, et ce quel que soit l'endroit, de tenir des propos identiques : à savoir : **« la prévention est stigmatisante, on ne nous prend pas au sérieux, on ne passe pas notre temps à boire, fumer, faire l'amour... »**

C'est écrit trop petit, infantilisant ! **Qu'est ce que les adultes savent des jeunes ?** Il y a déjà ce décalage à réduire ! Faire autrement de la prévention, aller vers une politique de promotion de la santé, dépasser une approche thématique. Il y a un enjeu fort, **plus les adultes enverront ce message « stigmatisant », plus les jeunes l'intégreront et ne croiront plus aux messages que l'on leur adresse**, et d'autre part, ils n'iront plus dans les structures qui leur sont dédiés, car ils n'auront plus confiance en l'adulte. Donc il y a un véritable enjeu dessus.

La santé n'échappera pas, tout comme le sont d'autres domaines à une remise en cause de son fonctionnement, de ses messages, et là je me situe bien dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Si on veut éviter cela – alors que d'une certaine façon c'est déjà en cours – il est important **d'associer les premiers concernés, à savoir les enfants, les jeunes à l'élaboration des politiques de santé et à l'élaboration d'actions qui les concernent**. Ce serait déjà un énorme pas qui serait fait pour éviter que peu à peu la prévention devienne inaudible.

Aujourd'hui, les enfants, les jeunes veulent plus de démocratie, de participation... La santé publique doit donc emprunter ce chemin que la promotion de la santé met déjà en œuvre. Mettre en place une politique de prévention efficace suppose aussi qu'au travers de ces actions son objectif soit de **créer du lien social**... Ce lien fonde aussi la démocratie, il est essentiel.

Le dernier point est comment agir pour rendre la société plus juste, plus équitable, plus intégrante. N'oublions pas que la France fête en ce mois de novembre les 30 ans de la convention internationale des Droits de l'Enfant, qui dit notamment dans ses articles 12 et 13, que les Etats signataire ont pour obligation **d'écouter et de prendre en compte l'avis de l'enfant** et qu'il est libre de s'exprimer sur tous les sujets, et dans son article 54, le droit à la santé. Appliquer ces articles serait aussi un moyen pour la prévention de penser l'enfant et le jeune comme un citoyen et non comme un simple usager du système de santé.

ENVIRONNEMENTS, CHANGEMENTS CLIMATIQUES ET SANTÉ

FOCUS

UN ÉCLAIRAGE PAR LE DR. DENIS ZMIROU,
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ
FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE,
PRÉSIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DE
LA 12^{ème} CONFÉRENCE EUROPÉENNE DE
SANTÉ PUBLIQUE (EUPHA), PRÉSIDENT
DE LA COMMISSION ENVIRONNEMENT DU
HAUT CONSEIL DE SANTÉ PUBLIQUE (HCSP)

Les changements climatiques auront-ils inéluctablement un effet négatif sur la santé des populations?

On sait que tous les changements environnementaux impacteront la santé des populations dans tous les pays, mais il y aura quelques gagnants et surtout beaucoup de perdants. En effet, dans certains pays (Canada ou Russie, par exemple), le climat sera plus favorable au développement de l'agriculture. Dans ces conditions, la santé globale des populations vivant dans ces régions devrait s'améliorer.

Néanmoins, on devrait surtout assister à une dégradation – parfois catastrophique – des conditions sanitaires dans de nombreux pays. En effet, la disparition de l'agriculture et de l'élevage dans les zones à fort réchauffement, à sécheresse accrue ou en proie à des inondations régulières (augmentation du niveau de la mer ou typhons) empêche tout développement et induit des migrations de populations.

Ces migrations vont aussi avoir des conséquences pour les pays proches qui accueilleront de nouveaux arrivants dans des conditions sanitaires difficiles (manque d'infrastructures dédiées) et vont être à l'origine de migrations à plus longue distance. Ces phénomènes sont déjà cours, mais ils vont s'amplifier dans les années qui viennent.

Ce qui est préoccupant, c'est que les changements climatiques vont impacter en premier lieu des zones déjà vulnérables. La réponse à ces risques doit être globale.

Les villes deviennent-elles le lieu de tous les dangers sanitaires environnementaux (pollution, effet de la chaleur, risque toxique comme à Rouen)?

A mon sens, les spécialistes de la santé publique doivent se positionner par rapport au catastrophisme ambiant d'une partie importante de la population. Les villes sont en effet des lieux où il existe des menaces liées à la densité de l'habitat, aux questions d'hygiène publique qui en découlent (qualité de l'eau, assainissement) ou liées à la présence d'installation industrielles. Mais ce n'est pas nouveau ! Cette question de pose depuis le 17^{ème} siècle et elle a atteint son paroxysme au 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle.

La situation n'a pas empiré dans les pays dit « avancés » qui ont réussi au cours du 20^{ème} siècle à mettre en place des dispositifs de maîtrise des risques. La maîtrise des risques industriels dans ces pays est incomparable meilleure à ce jour.

AZF et Lubrizol sont de dramatiques accidents mais de tels accidents sont désormais rares par rapport à ce qui était constaté il y a 50 ans.

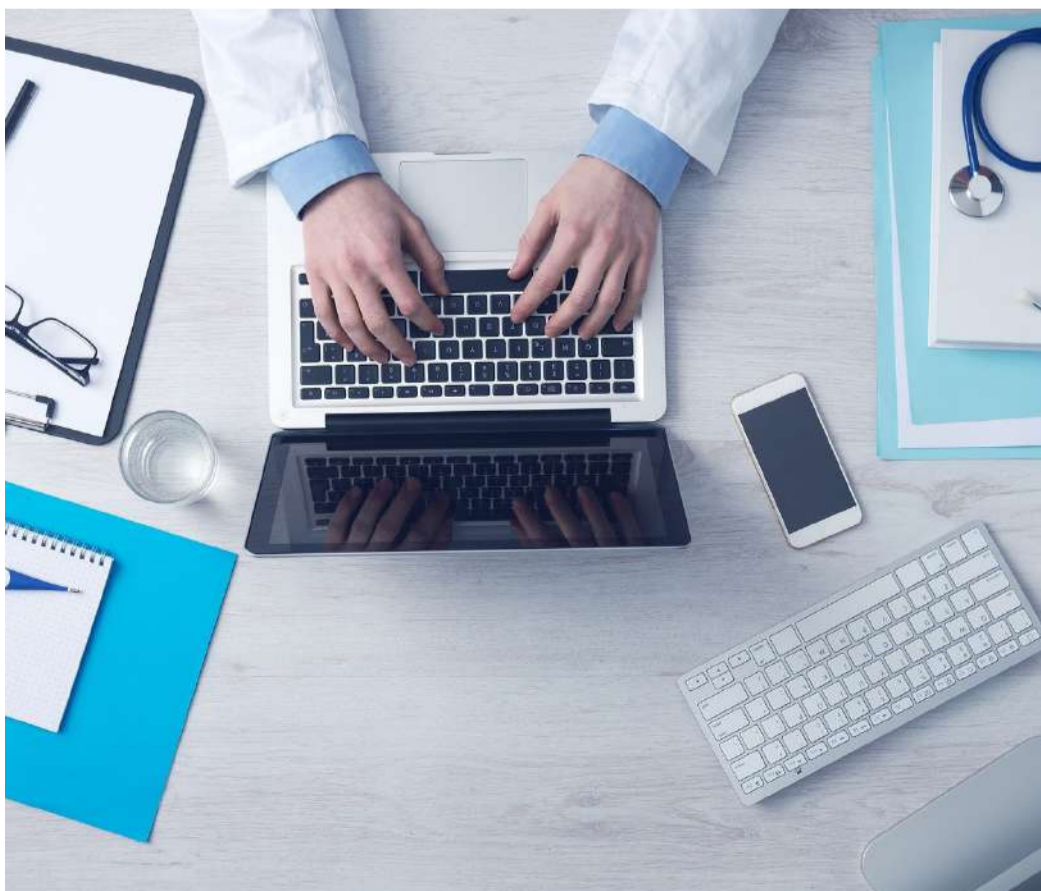
La pollution atmosphérique au cours des années 1950-1970 était, dans les centres urbains français, considérablement plus élevée qu'aujourd'hui, même si on ne peut pas dire que la qualité de l'atmosphère des villes est bonne à ce jour. Du point de vue de l'alimentation, la qualité des aliments s'est elle aussi améliorée même s'il persiste un risque lié à la contamination par des pesticides et des perturbateurs endocriniens de produits de consommation notamment agricoles. Mais il faut aussi reconnaître que l'accès à des produits plus diversifiés (végétaux, fruits légumes) même comportant des pesticides est considérablement meilleure dans les grandes villes qu'il y a 50 ans.

Les éléments positifs – même s'ils sont insuffisants – devraient être mis en balance avec le catastrophisme actuel.

Souhaiter améliorer la santé des habitants des mégapoles est-ce un objectif raisonnable dans un contexte de développement des centres urbains et de concentration des populations?

Si on imaginait que ce but n'était pas accessible, des conférences telles que celle qui réunit plus de 2 200 participants impliqués dans la santé publique venant majoritairement d'Europe (ou 80 % de la population vit dans des mégapoles ou des grandes villes) ne serait pas d'actualité. Les experts de la santé publique ont parmi leurs rôles d'être force de proposition auprès des politiques et des acteurs sociaux pour poursuivre les progrès engagés depuis maintenant un siècle.

Ces propositions ont aussi pour objet de contribuer à réduire les inégalités sociales ou territoriales qui perdurent y compris dans les mégapoles. Elles n'ont, dans une certaine mesure, pas suffisamment baissé au cours des dernières années même si la conscience sociale sur le sujet s'est accrue. C'est la fonction des spécialistes en santé publique d'éclairer par leurs recherches, leurs connaissances du terrain, par les actions et les leçons de l'expérience afin de continuer à poursuivre les efforts engagés et qui ont déjà donné des résultats.



9^{ème} CONFÉRENCE INTERNATIONALE DIGITAL PUBLIC HEALTH

Les conférences internationales sur la santé publique numérique (« DPH » pour « Digital Public Health ») sont l'un des plus importants événements interdisciplinaires au monde sur la recherche et l'innovation en matière de santé numérique. L'événement encourage la recherche et l'innovation interdisciplinaires en réponse aux besoins des acteurs et dans le but d'améliorer la santé publique grâce à l'application de nouvelles technologies aux niveaux personnel, communautaire et mondial. Unique en son genre à réunir des publics de la santé publique, de l'informatique, des technologies de l'information, de l'industrie des technologies médicales et des ONG, DPH permet une fertilisation croisée de la recherche et de l'innovation en santé publique numérique, en offrant des possibilités d'échange de connaissances et de mise en réseau. Cette 9^{ème} édition de la conférence est nichée au sein de la 12^{ème} Conférence européenne de santé publique.



www.acm-digitalhealth.org/

Maison

FRANCE

PROGRAMME

En tant que partenaire local d'organisation, le rôle de la SFSP a également été de promouvoir la participation des organisations françaises à la conférence, à la fois sur le plan scientifique et sur le plan de la présentation des actions menées par ces organisations. La SFSP a donc proposé à diverses grandes institutions publiques françaises de participer à un espace commun dénommé «Maison France», qui leur permette de faire connaître leurs travaux aux participants. Neuf grandes organisations de premier plan ont profité de cette opportunité et chacune d'elles disposera de son propre stand. Ces institutions sont Santé publique France, l'Assurance maladie, l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique), l'Inserm, l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Autorité de Sûreté Nucléaire, le Haut Conseil de la Santé Publique. Réunies sous cette bannière commune, elles présentent un programme commun d'animation, fondé sur des présentations de travaux et de projets.

JEUDI 21 NOV.

11:10
11:40 **COFFEE BREAK**

«Missions and calls for research proposals of IReSP», **Corinne Alberti, Director of IReSP and Marie Gaille, co-director of ITMO Santé Publique AVIESAN**
IReSP (French Institute for Public Health Research)

12:25
13:40 **LUNCH**

«The mission of the High Council of Public Health (HCSP) in Environmental health. The case of health characterization of dwellings», **Denis Zmirou-Navier, head of the Environmental health committee**
HCSP (High Council of Public Health)

Community-based Action Research: What can we learn from the HIV field experiences from the Global North and the Global South?
IRD (French Institute for Research on Development)

16:20
16:50 **COFFEE BREAK**

«Medical applications, main source of exposure to ionizing», **Cécile Anglade, Isabelle Nicoulet, Stéphane Despinis, ASN headquarters**
ASN (French Nuclear Safety Authority)

VENDREDI 22 NOV.

10:40
11:10 **COFFEE BREAK**

«Radon, a major public health issue», **Cécile Bonneaud, Marseille ASN Office**
ASN (French Nuclear Safety Authority)

12:10
13:40 **LUNCH**

«The 'expertises collectives', or how to put evidence at the service of decision-making», **Corinne Alberti, Director of Institute of Public Health Strategy, Studies and Statistics**
INSERM (Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale)

«A game for the general public on healthy urban planning», **Marie-Florence Thomas**
EHESP (French School of Public Health)

«Better quality for a sustainable healthcare system – a public insurer's perspective», **Ayden Tajahmady, Directorate of Strategy, Studies and Statistics**
Assurance maladie (French national health insurance)

15:50
16:20 **COFFEE BREAK**

Health issues in the Global Sustainable Development Report 2019, **Jean-Paul Moatti, IRD Chairman of the Board and Chief Executive Officer**
IRD (French Institute for Research on Development)

SAMEDI 23 NOV.

10:40
11:10 **COFFEE BREAK**

«What is the National Health Data System?», **Panayotis Constantinou, Directorate of Strategy, Studies and Statistics**
Assurance maladie (French national health insurance)

«Who can access the National Health Data System?», **Philippe Tuppin, Directorate of Strategy, Studies and Statistics**
Assurance maladie (French national health insurance)

Tout au long de la conférence, la Haute Autorité de Santé présentera ses missions à l'international sur son stand et divers experts de Santé Publique France seront présents sur son stand pour répondre aux questions.

CONTACTS

CONTACTS PRESSE

contact.presse@sfsp.fr
www.sfsp.fr
www.ephconference.eu

Dr. Isabelle CATALA, Chargée des
relations presse de la conférence
Tel : 06 11 76 80 31

François BERDOUGO, Délégué
général de la SFSP
Tel : 06 07 01 81 42

La participation à la conférence est gratuite pour les journalistes : <https://ephconference.eu/press-registration-130>

RETROUVEZ LES INFORMATIONS SUR LA CONFÉRENCE EN LIGNE



@EPHconference, @EUPHActs et @SFSPasso



EUPHA et SFSP



La conférence a également une appli dédiée : «EPH 2019»



ANNEXES

LES MIGRANTS EN DÉFINITIONS, EN CHIFFRES ET EN TABLEAUX

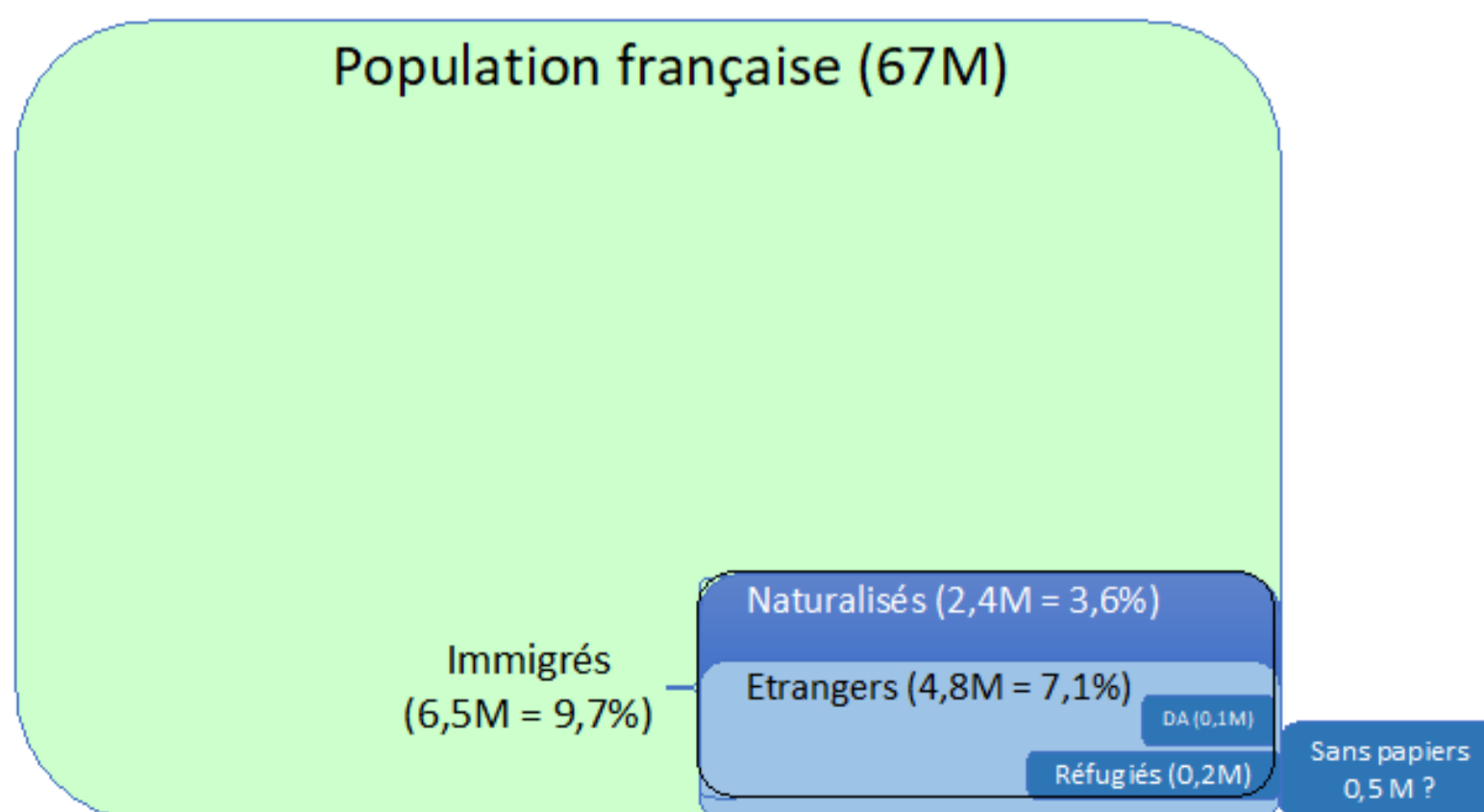
Il est important aussi ici de préciser les définitions des termes suivants qui correspondent tous au grand ensemble des immigrés ou migrants :

- Migrants primo-arrivants. Personnes nées étrangères à l'étranger et arrivées récemment sur le territoire français pour y résider.
- Étrangers. Personne qui n'a pas la nationalité française.
- Français naturalisés. Immigrés ayant acquis la nationalité française.
- Regroupement familial. Personne ayant obtenu un droit au séjour en France pour raisons familiales (conjoint de français, famille de français, etc.).
- Travailleur étranger. Immigré étranger ayant obtenu un droit au séjour pour motif professionnel.
- Étudiant étranger. Immigré étranger ayant obtenu un droit au séjour pour venir suivre des études.
- Demandeur d'asile. Personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951.
- Réfugié ou « protégé subsidiaire ». Personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé(e) par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).
- Sans-papiers. Immigrés étrangers en séjour irrégulier aussi appelé migrants en situation irrégulière
- Exilé. Personne ayant migré pour fuir des menaces ou une situation de vie difficile.
- Migrants économiques. Pas de réelle définition, terme plus politique correspondant aux immigrés étrangers en séjour irrégulier ayant migré pour fuir la pauvreté et construire leur vie professionnelle sans avoir obtenu un droit au séjour pour motif professionnel préalable.

Toutes ces sous catégories correspondent à des réalités démographiques très inégales et inversement proportionnel à la place qu'on leur fait dans les médias. Par exemple les réfugiés, les demandeurs d'asile et les immigrés étrangers en séjour irrégulier ne représentent qu'une toute petite partie des immigrés vivant en France à la fois en « stock » c'est-à-dire résidants en France à un instant t mais aussi en « flux » c'est-à-dire parmi les nouveaux immigrés arrivant en France chaque année.

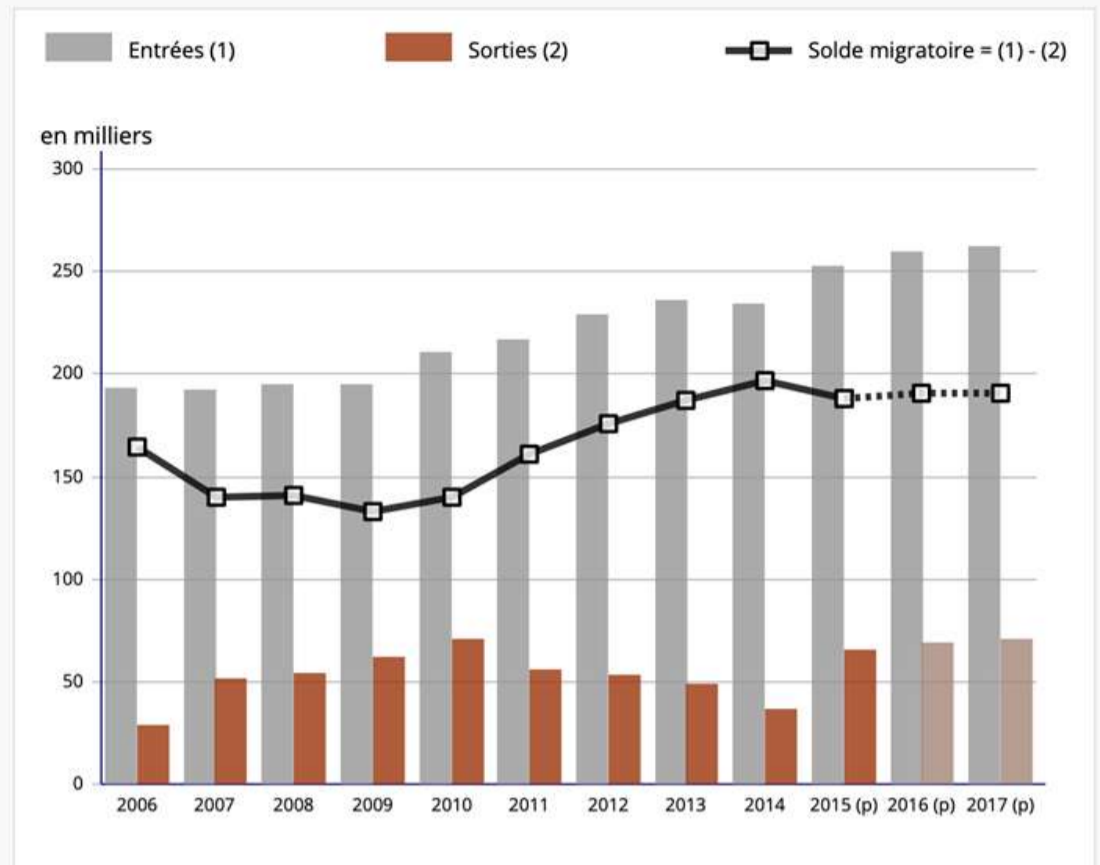
A l'inverse les travailleurs étrangers ou naturalisés et les immigrés issus du regroupement familial sont majoritaires en France. Les étudiants étrangers occupent quant à eux une place importante parmi les nouveaux immigrés arrivant en France chaque année.

Voilà un graphique qui résume visuellement ces différences et qui est issu des données de l'Insee de 2018, de l'Ofpra et d'une estimation des immigrés en situation irrégulière à partir de l'Aide médicale d'état.



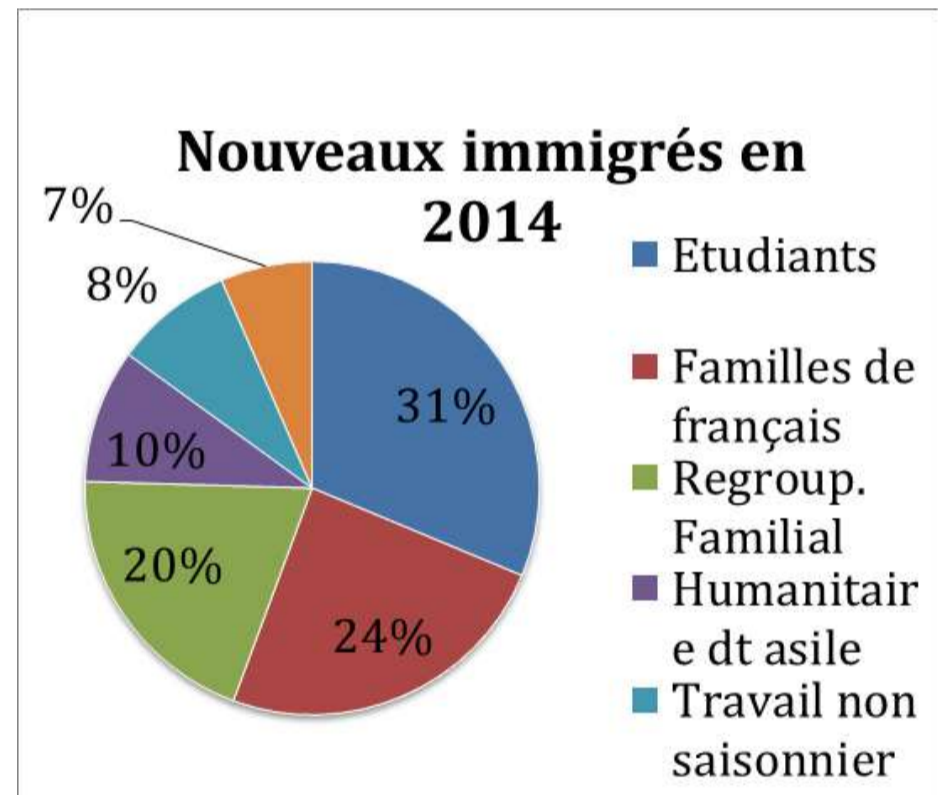
CHAQUE ANNÉE, ENTRE 200 000 ET 270 000 NOUVEAUX IMMIGRÉS EN SITUATION RÉGULIÈRE ARRIVENT EN FRANCE.

Flux migratoires des immigrés

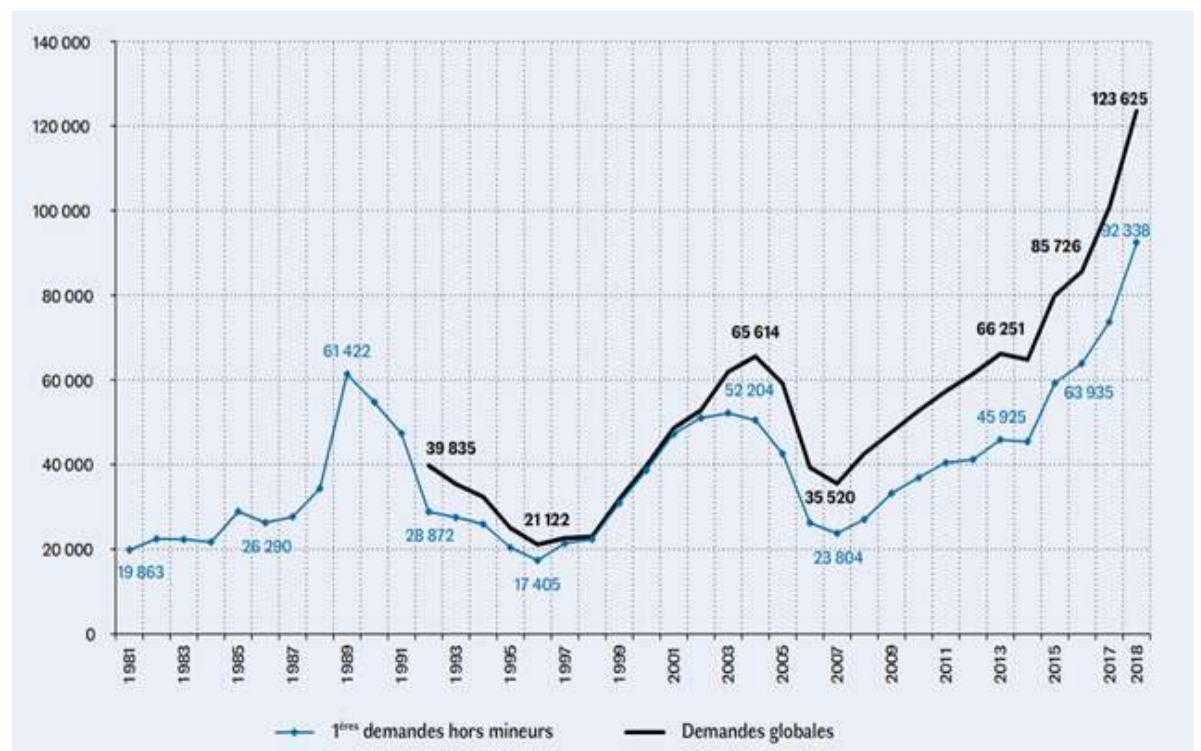


Note : données provisoires pour le solde migratoire et les sorties en 2015, 2016 et 2017.
 Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2013 et y compris Mayotte à partir de 2014.
 Source : Insee, estimations de population, des flux d'entrées et de sorties.

LA RÉPARTITION DES MOTIFS DE MIGRATION DES NOUVEAUX IMMIGRÉS EN SITUATION RÉGULIÈRE EN 2014 EST PRÉSENTÉE DANS LA FIGURE SUIVANTE (DONNÉES INSEE)



Les **demandeurs d'asiles** voient leur nombre varier d'une année sur l'autre au gré des aléas historiques. **Leur nombre a sensiblement augmenté depuis 2015 et ce qui a été appelé la «crise syrienne».** Encore une fois, seul une faible proportion d'entre eux obtiendront effectivement une protection de l'état.



LES TEXTES DE LOIS FRANÇAIS, EUROPÉENS ET INTERNATIONAUX QUI RÉGISSENT L'ACCÈS AUX SOINS DES MIGRANTS

Encadré 1 : Textes internationaux et nationaux traitant de l'accès aux soins

- La Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948(1948), Article 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires. »
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1976(1976), Article 12 : « 1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. 2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer: (...) d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »
- Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé 2011(2011), Article 11.2 ii) « [Nous nous engageons...] à élaborer des politiques qui n'excluent personne et tiennent compte des besoins de l'ensemble de la population en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables... »
- Le Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946(1946), Article 11. « [La Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé »
- Le Code de la Santé Publique(2002), dans son premier article, l'Article L1110-1 : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à [...] garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins » & Article L6112-3 « L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public [...] garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions l'égal accès à des soins de qualité [...] »
- La Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne qui rappelle que l'accès aux soins est un droit fondamental en Europe : « Everyone has the right of access to preventive health care and the right to benefit from medical treatment under the conditions established by national laws and practices. » (European Commission 2000, European Parliament, The Council et al. 2000)

Encadré 2 : Textes de référence du système de protection social français

Le système de protection social français repose sur plusieurs textes historiques :

- Article 1er de la Constitution de 1946 : « Il est institué une organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toutes natures susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités de gain, à couvrir les charges de maternité ou les charges de famille qu'ils supportent ».
- Préambule de la Constitution de 1958 concernant la Sécurité sociale. « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».
- Article 1er de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. « La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance Maladie. Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources ».