

# LES SYSTÈMES DE SANTÉ S'ATTAQUENT À LA PAUVRETÉ

*Sous la direction de :*

*Erio Ziglio*

*Rogério Barbosa*

*Yves Charpak*

*Steve Turner*



*Études de cas  
en santé publique,  
n° 1*

LES SYSTÈMES DE SANTÉ S'ATTAQUENT À LA PAUVRETÉ



L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies chargée de diriger et de coordonner les activités internationales en matière de santé et de santé publique. Conformément à la Constitution de l'OMS, l'une des fonctions de celle-ci consiste à fournir des informations et des conseils objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine. Elle s'acquitte de cette tâche notamment en produisant des publications. Ces dernières devraient lui permettre de soutenir les stratégies sanitaires nationales et de répondre aux préoccupations de santé publique les plus urgentes.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'Organisation. Chacun d'entre eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé des pays qu'il dessert. La Région européenne, peuplée d'environ 870 millions d'habitants, s'étend du Groenland (au nord) à la Méditerranée (au sud) et de l'Atlantique (à l'ouest) au littoral Pacifique de la Fédération de Russie. Le programme européen de l'OMS est donc axé, d'une part, sur les problèmes propres aux sociétés industrielles et post-industrielles et, d'autre part, sur ceux que rencontrent les nouvelles démocraties d'Europe centrale et orientale et des États issus de l'ex-URSS.

Pour assurer une diffusion aussi large que possible d'informations et de conseils dignes de foi sur les questions sanitaires, l'OMS assure une large distribution internationale de ses publications et encourage leur traduction et leur adaptation. En contribuant à promouvoir et à protéger la santé et à prévenir et à combattre la maladie, les ouvrages de l'OMS participent à la réalisation de l'objectif principal de l'Organisation, qui est l'obtention par tous les êtres humains du meilleur état de santé qu'ils peuvent atteindre.

LES SYSTÈMES DE SANTÉ  
S'ATTAQUENT À LA PAUVRETÉ

## **Bureau européen de l'OMS d'investissement pour la santé et le développement**

Le Bureau européen de l'OMS d'investissement pour la santé et le développement, qui a coordonné les activités qui ont débouché sur la présente publication, a été créé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en coopération avec le Ministère italien de la santé et la région de Vénétie. L'une de ses missions principales consiste à présenter des données probantes sur les déterminants sociaux et économiques de la santé et à agir sur ceux-ci. Ce bureau étudie systématiquement les concepts, les données scientifiques, les technologies et les mesures à mettre en œuvre pour produire un investissement efficace en faveur de la santé et créer une synergie entre le développement social, le développement économique et le développement sanitaire. Il s'acquitte principalement de deux fonctions étroitement liées entre elles :

- surveiller, examiner et systématiser les implications pour la politique publique des déterminants sociaux et économiques de la santé de la population ;
- fournir aux États membres de la Région européenne de l'OMS des services pour les aider à accroître leur capacité à investir dans la santé, en étudiant ces implications et en en tenant compte dans leur programme de développement.

---

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté

(Études de cas en santé publique, n° 1)

1. Pauvreté 2. État sanitaire 3. Délivrance soins – organisation et administration – tendances 4. Programme national santé – organisation et administration 5. Facteur socioéconomique 6. Europe I. Collections

ISBN 92 890 2369 4

(Classification NLM : WA 540)

ISSN 1727-1347 (Imprimé)

ISSN 1727-1355 (En ligne)

---

# LES SYSTÈMES DE SANTÉ S'ATTAQUENT À LA PAUVRETÉ

*Sous la direction de :*  
*Erio Ziglio*  
*Rogério Barbosa*  
*Yves Charpak*  
*Steve Turner*



*Études de cas*  
*en santé publique,*  
*n° 1*

ISBN 92 890 2369 4  
ISSN 1727-1347 (Imprimé)  
ISSN 1727-1355 (En ligne)

Les demandes d'exemplaires de publications du Bureau régional doivent être envoyées à [publicationrequests@euro.who.int](mailto:publicationrequests@euro.who.int) ; les demandes d'autorisation de reproduire tout ou partie d'une publication, à [permissions@euro.who.int](mailto:permissions@euro.who.int) ; et les demandes d'autorisation de traduire une publication, à [pubrights@euro.who.int](mailto:pubrights@euro.who.int) ; toutes ces demandes peuvent également être adressées à l'unité Publications, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark (tél. : +45 39 17 17 17 ; fax : +45 39 17 18 18 ; site Web : <http://www.euro.who.int>).

© **Organisation mondiale de la santé 2003**

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. L'expression « pays ou zone » utilisée comme en-tête dans certains tableaux, désigne aussi bien des pays, des territoires, des villes que des zones. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète ou correcte, et ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable de dommages qui pourraient découler de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs ou rédacteurs ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou sa politique déclarée.

Imprimé au Danemark

# Table des matières

<i>Avant-propos</i> .....	<i>vii</i>
Remerciements .....	ix
Crédits photographiques .....	xi
Introduction .....	1
Pauvreté et santé : aperçu des études de cas sélectionnées dans les États membres européens de l’OMS .....	5
Études de cas sur la pauvreté et la santé : cadre analytique .....	13
Étude de cas 1 .....	19
Étude de cas 2 .....	31
Étude de cas 3 .....	43
Étude de cas 4 .....	55
Étude de cas 5 .....	65
Étude de cas 6 .....	75
Étude de cas 7 .....	91
Étude de cas 8 .....	105
Étude de cas 9 .....	119
Étude de cas 10 .....	129
Étude de cas 11 .....	139
Étude de cas 12 .....	147

Conclusions .....	159
Annexe 1. Modèle destiné aux rédacteurs .....	163
Annexe 2. Liste des experts invités .....	167
Annexe 3. Modèle utilisé pour les discussions en groupe .....	173



# Avant-propos

*Lors de sa cinquante et unième session, tenue à Madrid en septembre 2001, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a reconnu que, à la lumière de la multitude de données qui mettent en évidence l'existence d'un lien entre la pauvreté et la santé, il incombe aux systèmes de santé de contribuer aux efforts de réduction de la pauvreté. Le Comité régional a décidé de relever ce défi en adoptant une résolution: il m'y est demandé, en ma qualité de directeur régional, de mettre en œuvre un processus systématique de collecte, d'analyse et de diffusion d'informations concernant les actions directes menées par les systèmes de santé des États membres européens en vue de réduire les effets de la pauvreté sur la santé publique.*

*L'ampleur du problème de la pauvreté en Europe aujourd'hui est incontestable : d'importantes inégalités en matière de santé et de bien-être subsistent dans tous nos pays et, dans un grand nombre d'entre eux, le fossé entre les riches et les pauvres s'élargit encore. Le problème est complexe et ardu, mais les systèmes de santé de la Région ont fait et sont en train de faire beaucoup pour surmonter les difficultés rencontrées. Jusqu'à présent, ces efforts ont cependant été sporadiques et, même quand les résultats ont été encourageants, ils ont très peu retenu l'attention.*

*Afin de mettre en œuvre la résolution du Comité régional sur la pauvreté et la santé, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a décidé d'adopter une approche innovante en accordant la priorité, dans cette première phase de la collecte de données, à des initiatives déjà entreprises par les systèmes de santé dans certains États membres. La responsabilité de cette tâche a été confiée au nouveau Bureau européen de l'OMS d'investissement pour la santé et le développement, implanté à Venise.*

*Ce rapport est le fruit des efforts que nous avons accomplis dans ce nouveau domaine au cours de l'année écoulée ; il étaye les premiers résultats de l'OMS sur la façon dont les systèmes de santé peuvent avoir un impact positif sur la réduction de la pauvreté. L'analyse des études de cas présentées ici amène à trois conclusions principales : a) les systèmes de santé peuvent bel et bien mener des actions efficaces pour améliorer la santé des pauvres ; b) dans certains cas, les systèmes de santé peuvent en fait constituer un obstacle supplémentaire pour les pauvres ; et c) il existe un besoin pressant de connaissances supplémentaires, de formation et de renforcement des capacités dans ce domaine.*

*Dans l'esprit de solidarité exprimé par la résolution du Comité régional, j'ai l'espoir que le Bureau régional, en collaboration avec les États membres, pourra s'appuyer sur cette première expérience et passer à la phase suivante de son travail : combattre la pauvreté par l'intervention directe des systèmes de santé. Nous devons élargir les données collectées et les études de cas afin d'inclure tous nos États membres. Nous devons mettre en place une base de données permettant de mettre ces expériences et ces analyses à la disposition de tous, ce qui devrait déboucher sur des suggestions, des débats, des idées stimulantes et des actions. Nous devons transformer nos connaissances nouvelles en matériels de formation afin de renforcer le savoir-faire et la compétence des professionnels de santé dans tous nos États membres, et de pouvoir ainsi combattre la pauvreté.*

*Le chemin qui mène au développement équitable est long, mais je suis convaincu que nous avons fait un grand pas dans la bonne direction. Parallèlement au travail en cours au Siège de l'OMS, nous participons également aux efforts réalisés pour atteindre les objectifs de la Déclaration du Millénaire adoptée par la communauté internationale. Je considère que notre travail dans le domaine de la pauvreté et de la santé est l'un des éléments qui contribueront à faire du droit à la santé une réalité pour chacune des personnes vivant dans la Région européenne aujourd'hui.*

Marc Danzon  
*Directeur régional de l'OMS pour l'Europe*

# Remerciements

Cette publication a été conçue par le Bureau européen de l’OMS d’investissement pour la santé et le développement, situé à Venise en Italie, et a été rendue possible grâce à la contribution de nombreux experts et de professionnels venant de multiples secteurs. Les personnes qui ont coordonné sa réalisation et le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe leur sont profondément reconnaissants de l’intérêt et du dévouement dont ils ont fait preuve, et qui ont été essentiels pour mener à bien ce travail en à peine plus de six mois.

Nous voudrions également exprimer notre gratitude aux États membres de la Région européenne de l’OMS pour l’intérêt qu’ils ont manifesté à la question de la pauvreté et de la santé ; le travail présenté ici leur doit beaucoup. Nous sommes reconnaissants au Comité régional de l’Europe de son soutien et d’avoir donné l’impulsion nécessaire à l’accomplissement de ce travail.

Nous remercions les personnes qui ont rédigé les études de cas et sommes reconnaissants aux nombreuses personnes (en Allemagne, en Croatie, en Fédération de Russie, en France, en Hongrie, en Italie, au Kirghizistan, en Pologne, en République de Moldova et au Royaume-Uni) qui ont été interviewées ou ont assisté les rédacteurs sur le terrain. Par ailleurs, plusieurs collègues d’autres pays ont également été consultés ou nous ont prodigué leurs conseils. Il nous est impossible d’établir ici une liste exhaustive, mais nous tenons à remercier pour leur soutien Hrair Aslanian, Juliette Bloch, Michael Debrus, Teresa Edmans, Jane Falkingham, Alexander Gavrilov, Igor Glasunov, Jette Grønholt, Iwona Iwanicka, Stephen Jacobs, Bernard Kaic, Antoinette Kaic-Rak, Mauno Konttinen, Piret Laur, Alina Lubinska, Pat Mason, Andrei Mochniaga, Oleg Moldakov, Oscon Moldokulov, Eliane Pihl Kristensen, M. Popovich, Nezahat Ruzdic, Tobias Schüth, Gillian Seabright, Carole Sharrock, Zofia Slonska, David Stout, Diliara Sunyakova, Marianne Szatmari, Vappu Taipale, Gerhard Trabert, Jane Woolley et Andrzej Zbonikowski. Nous remercions tout particulièrement les chargés de liaison de l’OMS et l’équipe du représentant spécial du directeur général de l’OMS en Fédération de Russie, et notamment le personnel du projet pilote sur la tuberculose dans ce pays.

Nous avons également eu la chance de recevoir l’appui technique direct de nombreux collègues au sein du Bureau régional de l’Europe, ainsi que d’experts OMS sur le terrain. Nous remercions en particulier Alexander Gromyko,

Wiesiek Jakubowiak, Elke Jakubowski, Hans Kluge, Joe Kutzin, Louis Lebrun, Serguei Litvinov, Aileen Robertson, Charles Robson, Mikko Vienonen, Steve Wassilak et Risards Zaleskis.

Au nom du directeur régional de l'OMS pour l'Europe, nous exprimons notre gratitude pour les aimables réponses transmises par les ministres de la santé et autres responsables du secteur de la santé dans toute l'Europe : Sefer Aycan, Alexander Jentzsch, Leonard Levy, Gunter Liebeswar, Ulla Schmidt, A. Vialkov, Helmut Voigtländer et Andro Vlahusic. Nous remercions particulièrement Tilek Meimanaliev et Ainura Ibrahimova pour leur contribution.

Nous sommes également très reconnaissants au ministère allemand de la santé du profond intérêt qu'il porte à la question de la pauvreté et de la santé, et de sa généreuse contribution aux discussions techniques de Düsseldorf des 18 et 19 avril 2002. Nous le remercions également d'avoir permis la participation de l'Académie de santé publique de Düsseldorf à ce travail, et plus particulièrement Wolfgang Müller. Nous remercions aussi Angelika Remmers, qui a pris en charge tout le travail administratif à Düsseldorf ; Fred Paccaud qui a animé les débats ; et les experts qui ont été invités à participer à ces débats ou ont contribué d'une autre façon à la réalisation de cet ouvrage. La liste de ces experts figure dans l'annexe 2.

Pour finir, un grand merci au Ministère italien de la santé et à la région de Vénétie. La création du Bureau européen de l'OMS d'investissement pour la santé et le développement est le fruit de la coopération entre le Ministère italien de la santé, la région de Vénétie et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Cette publication en est le premier résultat tangible.

Erio Ziglio  
Rogerio Barbosa  
Yves Charpak  
Steve Turner

# Crédits photographiques

## Responsable des photos

Steve Turner

### Étude de cas 1

« Village rom au tout début de l'initiative, en 1997 » et « 1997 – colis d'aide alimentaire de l'UNICEF et brochure d'information sur la vaccination » :  
Département des affaires sociales et sanitaires du comitat de

Autres photos : Jelena Sedlak

### Étude de cas 2

Caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis

### Étude de cas 3

Sigrún Davídsdóttir

### Étude de cas 4

Katalin Zoldhegyi

### Étude de cas 5

Service de médecine préventive pour les migrations, le tourisme et la dermatologie tropicale, Institut San Gallicano d'hospitalisation et de soins à caractère scientifique, Rome

### Étude de cas 6

Anes Alic

### Étude de cas 7

« Le docteur Kowalski, directeur de Palma », « Le docteur Pashinska et Jerzy Czaplà » et « se souvient de son existence de sans-abri » :  
Département de marketing de Palma

Autres photos : Steve Turner

### Étude de cas 8

Anes Alic

**Étude de cas 9**

Susan Poizner

**Étude de cas 10**

« Alla Sokol, fondatrice du Club de jardinage urbain de Saint-Pétersbourg », « Nataliya a des plantes vertes sur chaque rebord de fenêtre », « Du compost riche en nutriments est produit au sous-sol » (gros-plan de vers de terre) et « Alla montre à Nataliya comment cultiver les graines germées » : Susan Poizner.

« Du compost riche en nutriments est produit au sous-sol » (plan d'ensemble de trois personnes et de compostières), « Le jardin sur les toits est conçu pour s'autofinancer » et « Alexander Gavrilov (à droite) montre aux détenus de Kresty comment jardiner » : Club de jardinage urbain de Saint-Pétersbourg

**Étude de cas 11**

Sigrún Davídsdóttir

**Étude de cas 12**

Sigrún Davídsdóttir

# Introduction

Cette publication décrit un échantillon d'expériences très variées, recueillies sur une période de deux mois, sur la façon dont les systèmes de soins de santé<sup>1</sup> font face aux questions de pauvreté et de santé en Europe. Elle reconnaît que la pauvreté en Europe est un phénomène multidimensionnel lié non seulement au dénuement matériel mais aussi au faible niveau d'instruction, à la maladie, à la vulnérabilité et à l'exposition aux risques écologiques et professionnels, ainsi qu'à l'impuissance et à l'impossibilité de se faire entendre. Par ailleurs, elle reconnaît que la pauvreté prive les individus de leurs droits fondamentaux et de la liberté de satisfaire leurs besoins essentiels. Il peut s'agir entre autres de la liberté de se procurer une alimentation suffisante (sécurité alimentaire), d'obtenir des médicaments pour les maladies curables, ou encore de disposer d'eau potable ou d'installations sanitaires. Cette absence de liberté empêche les individus de réaliser leur potentiel, ce qui entraîne une grande perte pour la société et entrave le développement<sup>2</sup>. La pauvreté peut également être source de marginalisation de sous-groupes au sein de nos sociétés, à l'intérieur des frontières nationales et entre les pays, riches et pauvres. Enfin, cette publication confirme que l'impact de la pauvreté peut être inégalement réparti entre les pauvres et que les conséquences peuvent varier selon le sexe, par exemple, ou les tranches d'âge<sup>3</sup>.

Bon nombre de ces différents aspects de la pauvreté ressortent clairement des études de cas présentées ici, et ce grâce aux efforts qui ont été faits pour recueillir des expériences variées.

---

<sup>1</sup> Dans cette publication, on entend par système de santé un système incluant toutes les activités dont le but principal est de promouvoir, de restaurer ou de maintenir la santé. Cela comprend, par exemple, la fourniture de soins médicaux personnels ; les activités de santé publique traditionnelles, telles que la promotion de la santé et la prévention ; et les interventions dans d'autres secteurs qui ont pour but, au premier chef, d'améliorer la santé, telles que l'éducation relative à la santé (*Rapport sur la santé dans le monde 2000 – pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000). Bien que cette définition soit assez large, la plupart des expériences décrites ici se concentrent sur la prestation de soins de santé et l'investissement dans les services de soins de santé – c'est-à-dire le système de soins de santé.

<sup>2</sup> SEN, A. *Development as freedom* [Le développement, signe de liberté]. New York, Oxford University Press, 2000.

<sup>3</sup> *Pauvreté et santé : données disponibles et actions menées dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (document EUR/RC51/8).

Le processus de collecte des données ayant abouti aux études de cas a commencé par la demande adressée à tous les États membres de la Région européenne de l'OMS par l'intermédiaire de leur ministère de la santé (ou un organisme équivalent) de proposer des exemples, basés sur des données vérifiables, de systèmes de soins de santé ayant eu un impact sur la lutte contre la pauvreté. En outre, des experts en santé publique et des responsables de la Région ont également été invités à soumettre des cas pouvant compléter l'éventail des suggestions proposées par les États membres.

Malgré les réactions positives que nous avons reçues, le court délai dans lequel les réponses devaient être envoyées a fait qu'il n'a pas été possible de présenter des exemples pour tous les États membres : les réponses tardives ont dû être mises de côté et feront l'objet d'un examen ultérieur. Parallèlement, il s'est avéré nécessaire d'établir des critères pour sélectionner un nombre adéquat d'initiatives pouvant être décrites. Dans ce contexte, la tâche principale a consisté à identifier les aspects spécifiques de la pauvreté et de la maladie auxquels il est possible de remédier par les actions du système de soins de santé. Nous avons également attaché une grande importance aux données recueillies sur des expériences réussies, aux autres activités menées pour lutter contre la pauvreté, à la possibilité de reproduire cette initiative dans d'autres contextes, à la distribution géographique des cas sur l'ensemble de la Région, au « poids » relatif des enseignements tirés et à l'aspect novateur de l'initiative par rapport à l'ensemble de suggestions reçues. En outre, nous nous sommes efforcés d'inclure des initiatives prises à différents niveaux : national, régional et local.

Le processus a abouti à la sélection d'une série de 12 études de cas provenant de 10 pays. Une équipe de rédacteurs professionnels, disposant d'expérience dans les domaines du journalisme et de la santé, a été chargée de rédiger les études de cas. Chaque rédacteur s'est vu attribuer un petit nombre d'études de cas et a passé (selon les conditions locales) 3 ou 4 jours sur le terrain, à étudier les pratiques existantes, interroger les principaux intéressés, prendre des photos et passer en revue la documentation existante. Leur mission était simple, mais difficile : faire un rapport fidèle des expériences concrètes, sans oublier que, derrière les chiffres et les statistiques, il y a des hommes et des femmes qui souffrent et, dans bien des cas, sont au chômage, en mauvaise santé et, par conséquent, en marge de la société. Les rédacteurs, maîtrisant la langue nationale des pays visités, ont été invités à parler non seulement aux responsables des initiatives, mais aussi aux personnes pauvres, c'est-à-dire à celles qui sont les vrais témoins et bénéficiaires de ces initiatives. Leur témoignage est inclus dans ce rapport, présenté dans un cadre commun (annexe 1), mais retranscrit dans les différents styles choisis par les rédacteurs.



## Introduction

---

Le travail ne s'est toutefois pas arrêté aux rédacteurs. L'OMS a pour mandat de vérifier les données qui lui sont communiquées et d'aider ses États membres à se servir de ces données pour améliorer l'état de santé de leurs populations. C'est pourquoi, afin de procéder à l'examen critique des études de cas et du processus choisi pour recueillir ces données, plus de 30 experts externes en matière de santé publique, de systèmes de soins de santé, d'économie, d'études sur le développement, ainsi que des hauts fonctionnaires et des experts d'organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales expérimentés, ont été invités à participer à des débats organisés avec le soutien de l'Académie de santé publique de Düsseldorf en Allemagne (annexe 2). Bien informés sur toutes les études de cas, et disposant des rapports préliminaires, les participants aux discussions techniques ont également été invités à prendre part à l'élaboration de conclusions et de recommandations pour l'extension, l'amélioration et la reproduction éventuelles dans d'autres contextes des expériences sélectionnées en matière de pauvreté et de santé. Les principales conclusions de ces discussions interactives sont présentées dans une autre partie de ce document et suivent un cadre analytique (annexe 3) qui a commencé à prendre forme à Düsseldorf, en avril 2002.

Le lecteur ne doit pas être surpris de constater un certain nombre de partis pris dans l'échantillon d'expériences sélectionné pour cette publication : globalement, l'accent a été mis sur les initiatives locales, la pauvreté urbaine, les sans-abri et les chômeurs. Une telle orientation, bien que non intentionnelle, est symptomatique des idées courantes concernant la pauvreté, la définition, que l'on en fait, les populations concernées et les solutions pour y remédier. Cela indique qu'il reste encore beaucoup de travail à faire pour mettre en lumière les nombreux aspects de la pauvreté et pour mener des actions capables d'y faire face.

Plus important encore : les histoires, racontées dans les pages suivantes, montrent qu'il est possible d'aider à réduire les effets de la pauvreté sur la santé, le plus souvent sans qu'il soit nécessaire de réformer en profondeur les pratiques existantes ni de développer des modèles scientifiques complexes. En effet, plusieurs des initiatives décrites ici ne sont pas nécessairement novatrices et ne représentent en rien les « bonnes pratiques » en vigueur dans chaque pays ou sur le sujet qu'elles traitent. Elles se sont néanmoins avérées être un succès dans leur contexte particulier.

Si l'on reconnaît que les pratiques, les valeurs et les aspirations sociales, ainsi que les législations, varient d'un pays à l'autre, et parfois à l'intérieur d'un même pays, il est très difficile de recommander, à l'échelle européenne, des politiques et des mesures destinées à agir sur les liens entre la pauvreté et la maladie. Toutefois, le Bureau régional fait preuve d'un intérêt croissant et

dispose d'une capacité accrue pour mettre en commun des cadres servant à la mise en place de politiques efficaces, des suggestions sur les principes à suivre et des informations sur les actions concluantes. Cette publication va dans ce sens.

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Bureau européen de l'OMS d'investissement pour la santé  
et le développement  
Campo Santa Marina, Castello 6074  
30122 Venezia  
Italie  
Tél. : +39 041 279 3864  
Fax. : +39 041 279 3869  
Mél. : ezi@ihd.euro.who.int  
Web : [www.euro.who.int/ihd](http://www.euro.who.int/ihd)

# Pauvreté et santé :

## aperçu des études de cas sélectionnées dans les États membres européens de l'OMS

Les études de cas présentées ici ne sont assurément pas représentatives de tous les domaines dans lesquels les systèmes de soins de santé peuvent avoir un impact positif sur la pauvreté, mais elles constituent des exemples pertinents d'actions visant des problèmes réels. Plus important encore, elles montrent des exemples concrets de stratégies spécifiques pour résoudre ces problèmes.

Dans le comitat de \_\_\_\_\_ en **Croatie**, il a fallu persuader la communauté rom (tzigane) de participer à une campagne de vaccination, ce qui va à l'encontre de ses coutumes. Les membres de l'équipe médicale locale ont rendu visite aux communautés villageoises et, avec l'aide des chefs de villages, ont appris suffisamment de vocabulaire pour pouvoir communiquer avec les Roms dans leur propre langue. Ce projet a été baptisé « Initiative de communication », bien que le travail réalisé ne se soit pas limité à l'utilisation de la langue comme intermédiaire. À mesure que la communication s'améliorait, les gens ont commencé à avoir davantage confiance dans cette campagne. Il en est résulté, dans le comitat de \_\_\_\_\_, des taux de vaccination supérieurs à la moyenne nationale. La jeune génération de la communauté rom est de plus en plus convaincue de la nécessité d'accepter l'ensemble de la campagne de vaccination nationale, y compris les vaccinations d'urgence, les vaccinations ordinaires et autres initiatives sanitaires préventives.

En **France**, la couverture maladie universelle (CMU) a été introduite début 2000. La CMU couvre trois types de prestations : premièrement, toute personne résidant de façon stable et régulière sur le territoire français, même si elle ne cotise pas dans le cadre d'un emploi et n'est pas affiliée à la Sécurité sociale, devient automatiquement affiliée. Deuxièmement, les personnes dont les ressources sont inférieures à un certain plafond peuvent obtenir une couverture maladie complémentaire gratuite pour couvrir certains frais. Troisièmement, les personnes en situation irrégulière en France, mais dont les ressources sont inférieures au plafond de la CMU peuvent obtenir des soins hospitaliers gratuits, et celles qui résident en France depuis au moins trois ans

peuvent obtenir gratuitement des soins d'un médecin généraliste. Un des aspects essentiels de la CMU est qu'elle dispense des avances de frais, les médecins ou les hôpitaux étant payés directement par les caisses de maladie et les mutuelles. La plupart des frais de santé de 4,7 millions de Français sont pris en charge via la couverture maladie universelle. Alors que son introduction avait constitué un véritable choc culturel pour les organisations chargées de la mettre en œuvre, la CMU est désormais considérée par beaucoup comme une réussite, facilitant l'accès aux soins de santé des plus démunis.

Dans la riche ville de Mayence, en **Allemagne**, les sans-abri sont, de façon générale, en plus mauvaise santé que le citoyen moyen. Une étude indépendante a montré que, comparés à la population générale, les sans-abri avaient généralement moins souvent recours à des examens médicaux préventifs, aux activités de promotion de la santé et aux soins médicaux. L'étude a révélé que les sans-abri ont un sentiment de honte et de crainte lorsqu'ils se rendent dans les centres de soins, qu'ils ne font pas confiance dans le personnel médical, et que beaucoup d'entre eux ne pensent pas qu'il soit nécessaire d'appliquer des mesures de promotion de la santé et de prévention. Reconnaissant la spécificité de la situation et des besoins des sans-abri, une initiative, appelée « modèle de Mayence », tente de surmonter certains de ces obstacles par une présence discrète et une démarche interdisciplinaire dans le cadre de la prestation de soins de santé aux sans-abri, où qu'ils se trouvent. À la suite des actions menées dans le cadre de cette initiative, le modèle de Mayence a été unanimement salué pour avoir mis en évidence le problème des sans-abri et les difficultés qu'ils rencontrent. Le modèle de Mayence a permis de sensibiliser la population au fait que de tels problèmes existent en Allemagne, et qu'il est nécessaire d'y faire face. L'initiative a amené une plus grande partie de la société allemande à s'intéresser à la question de la pauvreté et de la santé, et a favorisé la mise en place de différents types de réseaux sociaux et des processus de re-socialisation en Allemagne.

En **Hongrie**, les patients atteints de tuberculose doivent se rendre dans des dispensaires spécialisés. En pratique toutefois, le personnel médical de nombreux hôpitaux refuse de soigner les patients sans domicile fixe, qui sont le plus souvent ivres et mal vêtus. Au cours des années 1980, un service antituberculeux a ouvert ses portes à l'hôpital Korányi de Budapest. Partant du principe que l'absence de domicile fixe et les pathologies multiples étaient une caractéristique commune à la plupart des tuberculeux, ce service a mis au point un programme de soins qui prend en compte les problèmes socioéconomiques spécifiques des patients dans le traitement global de la tuberculose. Le personnel médical a dû acquérir de nouvelles compétences afin de pouvoir s'occuper de personnes traditionnellement marginalisées, et un triple programme a été mis en œuvre, prévoyant le traitement de l'alcoolisme, un

traitement antituberculeux et un plan de réinsertion et de logement financé par un fonds spécial créé par l'hôpital et les autorités religieuses locales. Parmi les anciens patients de ce service spécialisé, le taux de rechute estimé est d'environ 17 %, contre près de 100 % pour ceux qui retournent dans la rue sans avoir participé au programme.

En **Italie**, face à l'ampleur du phénomène d'immigration, il a été décidé d'ouvrir un service de médecine préventive pour les migrations, le tourisme et la dermatologie tropicale (SMP) à l'Institut San Gallicano en 1985. Le service procure des soins à tous les Italiens et ressortissants étrangers présents sur le territoire italien. Les soins sont particulièrement destinés aux immigrés (en situation régulière, irrégulière ou clandestins), aux sans-abri, aux gens du voyage et à tous ceux qui ne disposent pas des documents nécessaires pour avoir accès au régime général de l'assurance maladie. Depuis 1996, une équipe de médiateurs linguistico-culturels aide les patients étrangers en leur expliquant, dans leur propre langue, les services auxquels ils ont accès. Les médiateurs expliquent également les besoins culturels et religieux particuliers du patient aux autres professionnels de santé dans les centres de soins secondaires et tertiaires. Par ailleurs, le service est devenu un « observatoire » pour l'étude et la surveillance des conditions de santé et des risques sanitaires de ce segment particulier de la population romaine. On y collecte toutes les données pertinentes et les institutions ou personnes intéressées peuvent recevoir des informations statistiques sur l'état de santé de ces patients. Grâce aux activités de prévention et de dépistage assurées par le service, il a été possible de détecter des maladies à leur stade initial, ce qui a permis de limiter et de contrôler leur évolution vers un stade clinique plus grave et, de ce fait, vers la nécessité d'une hospitalisation. Le travail du service a probablement aussi influencé la mise en place d'une législation moderne sur la prise en charge des immigrés. Cette législation donne accès au service national de santé à tous les ressortissants étrangers, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière en Italie.

Au **Kirghizistan**, depuis 1991, les organismes sanitaires de l'État font payer les services de santé et les services de maintenance liés aux soins de santé. Il s'est avéré que les paiements complémentaires, officieux et illicites effectués par les patients, dépassaient largement les coûts légaux à la charge du patient<sup>4</sup>. Ce phénomène a pour conséquence de mettre les soins de santé hors de la portée de nombreuses personnes ; quant à celles qui ont les moyens de payer des traitements médicaux, elles en ignorent le coût total jusqu'à la fin du traitement. De récentes réformes mises en œuvre au Kirghizistan tentent de combattre ces paiements illicites prohibitifs et de mettre en place un système de

---

<sup>4</sup> KUTZIN, J. ET AL. Addressing informal payments in Kyrgyz hospitals: a preliminary assessment. *Eurohealth*, 7(3): 90–96 (2001).

droit aux soins pour ceux qui ne peuvent rien payer du tout. La politique de ticket modérateur est l'une de ces initiatives nationales. Elle a pour but de fixer à l'avance le coût du traitement médical, permettant ainsi de maintenir un niveau de coût abordable pour la plus grande partie de la population, et de fournir des soins de santé gratuits aux communautés les plus démunies par le biais d'un fonds « de réserve ». Une part des prélèvements effectués dans le cadre du système, qui peut être évaluée par avance à la fois par le ministère de la santé et par le patient, est allouée au paiement des traitements nécessaires pour les personnes incapables de payer quoi que ce soit. Cette politique a été mise en œuvre dans deux *oblasts* (régions) en mars 2001, et couvre environ 25 % de la population. Les résultats des études réalisées après la première phase de mise en œuvre ont montré une réduction des paiements officiels versés au personnel médical et aux fournisseurs, ce qui a permis de créer des recettes supplémentaires pour les hôpitaux. Des données récentes montrent également que les personnes pauvres ont bénéficié de cette politique, ayant aujourd'hui accès à des soins de santé autrefois au-dessus de leurs moyens. Les progrès de cette expérience sont suivis de très près, au fur et à mesure de la mise en œuvre de cette initiative à l'échelle nationale.

En **Pologne**, de par la loi, tous les individus ont droit à des soins médicaux d'urgence, quel que soit leur statut juridique. Les soins primaires ne sont eux pas accessibles aux personnes marginalisées ou issues de groupes minoritaires qui ne remplissent pas les conditions requises. Par conséquent, lorsque ces personnes tombent malades, elles restent sans traitement jusqu'à ce que leur condition devienne chronique ou représente une « urgence ». À ce stade, le traitement peut être administré trop tard ou être très coûteux, ou bien ces personnes peuvent en avoir contaminé d'autres. Pour faire face à cette situation, un programme spécial a été lancé dans la deuxième ville de Pologne, , en juin 2000. Il a pour but de fournir des soins primaires à tous les résidents de certains centres d'hébergement de sans-abri, quel que soit leur statut légal. Actuellement, deux centres d'hébergement participent à ce programme, et chacun d'entre eux dispose de salles de consultation pour les médecins et de salles d'isolement pour les malades. De nombreuses personnes ont été traitées dans le cadre de ce programme, qui semble avoir réduit le nombre d'hospitalisations ; il a également permis à des anciens sans-abri de trouver un emploi à plein temps.

Il y a moins de 10 ans, les patients atteints de maladies sexuellement transmissibles en **République de Moldova** étaient forcés d'être immatriculés comme tels et de porter un certificat attestant cette atteinte. Cette immatriculation signifiait que les patients n'étaient pas autorisés à postuler à un emploi ni à voyager librement dans le pays. Des enquêteurs recherchaient les partenaires des patients infectés et, si nécessaire, les immatriculaient également.

Les revenus de certains ménages pouvaient être gravement affectés par l'hospitalisation forcée d'un soutien de famille. Ces dernières années, en remplaçant les anciennes tactiques d'intimidation par un système permettant la confidentialité et l'anonymat, le gouvernement s'est efforcé d'encourager la population à se faire soigner volontairement, sans usage de la force. En outre, on a accordé une place plus importante aux soins ambulatoires par rapport aux soins hospitaliers dans le but de réduire la charge financière pesant à la fois sur le système de santé et sur le patient. De nouveaux médicaments et le passage du diagnostic en laboratoire à la prise en charge syndromique devraient réduire la période sans traitement, et les services sont proposés gratuitement aux patients. Des mesures ambitieuses, bien qu'encore à l'état embryonnaire, sont peu à peu mises en place dans le domaine de la prévention ; elles s'appliquent à éduquer le public sur les causes et les conséquences des maladies sexuellement transmissibles et sur la nécessité du dépistage. On met actuellement au point de nouvelles méthodologies : la recherche comportementale contribue aux programmes éducatifs, un partenariat avec les organisations non gouvernementales aide à la mise en place de campagnes d'information, et les soins hospitaliers coûteux sont remplacés par des traitements ambulatoires plus abordables et moins déstabilisants. En 2001, dans le cadre d'un nouveau système, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles a été effectué gratuitement sur 470 000 personnes dans tout le pays ; parmi elles, 50 % des personnes atteintes de syphilis et 40 % des personnes atteintes de blennorragie ont reçu un traitement anonyme. Aujourd'hui, tous les hôpitaux et cliniques se donnent pour objectif de commencer le traitement des personnes infectées dans les 24 heures suivant le dépistage – une véritable prouesse qui a contribué à réduire la période sans traitement et la contagion.

Dans l'**oblast d'Orel**, en **Fédération de Russie**, le nombre de cas déclarés de tuberculose est passé de 41,4 pour 100 000 habitants en 1990 à 71,2 en 1999. De plus, le taux d'abandon en cours de traitement médicamenteux pouvait atteindre 30 % dans certaines régions, ce qui compliquait encore le problème, en raison du développement de souches résistantes aux antibiotiques. En 1999, les autorités sanitaires de l'**oblast d'Orel**, conscientes du fait que les pauvres étaient les plus vulnérables à la tuberculose, ont examiné les aspects socio-économiques liés à cette maladie, les facteurs contribuant à l'accroissement du nombre des cas, et les façons d'améliorer l'efficacité du traitement. Un programme a été mis en place pour résoudre certains des problèmes qui ont un impact direct sur l'incidence de la tuberculose, parce qu'ils augmentent cette incidence, affaiblissent le système immunitaire et diminuent la capacité de réagir au traitement. Ce programme applique la stratégie DOTS, traitement de courte durée sous surveillance directe. Les patients reçoivent ainsi des rations alimentaires quotidiennes ou hebdomadaires chaque fois qu'ils se rendent à l'établissement de soins pour prendre leurs médicaments. Ce programme a non



seulement pour avantage d'encourager les patients à poursuivre leur traitement jusqu'à la fin, mais il permet en outre de s'assurer qu'aucun tuberculeux, même parmi les plus pauvres, ne souffre de la faim. Le taux de succès global du programme est encourageant : le taux d'abandon déclaré dans l'*oblast* d'Orel est d'environ 3 %. Un groupe de travail de haut niveau, comprenant des responsables du ministère de la santé, du ministère de la justice et de l'académie des sciences médicales est en train d'étudier la possibilité d'adopter le projet à l'échelle fédérale.

L'étude de cas de **Saint-Pétersbourg**, en **Fédération de Russie**, concerne des groupes vulnérables de la population urbaine qui ne disposent pas d'une alimentation de base saine. Cette carence peut entraîner un poids insuffisant à la naissance, des retards de croissance ainsi qu'un risque à long terme de maladies chroniques et infectieuses. Le Club de jardinage urbain de Saint-Pétersbourg (CJU), organisation non gouvernementale enregistrée officiellement en 1992, s'efforce d'accroître la production locale de légumes. Le CJU utilise de nouvelles méthodes de culture améliorées et des variétés de légumes sélectionnées pour pouvoir être cultivées sur des toits et dans d'autres espaces urbains réduits, tels qu'immeubles d'habitation, établissements scolaires, hôpitaux et institutions diverses. Le CJU conseille également toute personne intéressée par la culture des légumes. Bien que le travail soit réalisé sur une petite échelle, des légumes frais sont distribués aux secteurs les plus pauvres de la communauté, sous forme de troc, si nécessaire, et la population locale reçoit des informations sur des légumes peu courants mais nourrissants. Le CJU a également entamé des discussions avec l'institut de recherche local afin d'étudier les possibilités de cultiver des graines germées à plus grande échelle, car elles renferment une importante variété de nutriments. Au-delà de la communauté locale, avec l'aide du CJU, des projets ont été mis en place au bureau d'études navales Rubin, à l'école secondaire numéro 42, et à la prison de Kresty, qui abrite 10 000 détenus.

La ville côtière de **Blackpool**, au nord du **Royaume-Uni**, est l'une des zones les plus défavorisées d'Angleterre. La pauvreté, le logement précaire, l'endettement et les mutations sociales rapides engendrent stress et anxiété chez de nombreux habitants. Ces personnes demandent à leur médecin généraliste des médicaments contre l'angoisse, la tension nerveuse, l'insomnie, l'hypertension artérielle, la dépression et autres maux fréquemment causés non pas par des troubles physiques, mais par un rapide déclin des conditions de vie. À la suite de discussions avec des médecins généralistes, le Citizens Advice Bureau (CAB) local, centre de consultations gratuites en matière sociale, a offert de proposer ses services dans le cadre rassurant des cabinets médicaux. Le CAB dispensait des conseils très utiles, dans un cadre susceptible de permettre aux patients de surmonter la réticence qui les dissuadait autrefois de demander de l'aide.



L'orientation directe, au sein même du cabinet médical, a permis d'améliorer l'accès aux services du CAB de nombreux individus défavorisés et d'exclus sociaux : de nombreuses personnes ayant eu recours à ces services dans des cabinets médicaux se sont avérées être des personnes qui autrefois ne pouvaient pas, ou ne souhaitaient pas, faire appel au même type de services de consultations gratuites. Cette expérience semble être utile aux professionnels des soins primaires, qui n'ont plus à s'occuper de questions non médicales et peuvent désormais se concentrer sur ce qu'ils savent faire le mieux. Par ailleurs, outre le fait que les médecins et infirmières ont davantage de temps à leur disposition, les autorités ont mis en avant le fait que la coopération avec le CAB a eu un effet préventif sur la communauté locale.

Également au **Royaume-Uni**, dans la banlieue londonienne de **Newham**, le projet « Fit for Work » (« Apte à travailler ») exploite le fait que le Service national de santé britannique est l'un des plus grands employeurs locaux et qu'il contribue directement à l'économie locale et à la santé économique de la population qu'il dessert. Le projet, qui est étroitement lié à la réhabilitation urbaine du quartier, crée un lien entre les établissements de soins et les autres organisations ayant trait à la santé. Ce lien entre des institutions sans rapport les unes avec les autres a nécessité la « traduction » des questions sanitaires dans un langage compris de toutes les personnes concernées, quelle que soit leur discipline ou leur profession. Les prestataires de soins au niveau local travaillent en étroite collaboration avec le service national de l'emploi et les entreprises locales en vue de proposer des stages de formation aux chômeurs de longue durée du quartier. Des personnes issues de groupes défavorisés ont trouvé à s'employer dans le service de santé et dans d'autres secteurs.



# Études de cas sur la pauvreté et la santé : cadre analytique

Lors de la sélection de cette première série d'études de cas, la tâche principale a consisté à déterminer quels aspects spécifiques de la pauvreté et de la maladie pouvaient être directement visés par les actions menées par le système de soins de santé. Nous n'avons pas cherché à sélectionner des cas pour les faire entrer dans des cadres particuliers, mais il peut être utile de regrouper les expériences afin d'identifier les similarités et les « lacunes » dans la gamme des questions couvertes.

## **Initiatives visant à résoudre le problème de l'accès à des services de santé essentiels d'un prix abordable**

Certaines études de cas décrivent les actions menées en vue de réduire ou d'éliminer les obstacles financiers à l'accès aux services de soins de santé.

L'analyse de ces études de cas, qui a été effectuée lors des débats organisés à Düsseldorf, a apporté les premiers éléments indiquant l'existence d'au moins deux grands aspects à cette question. Premièrement, les personnes démunies n'ont pas toujours les moyens de payer les services de santé dont elles ont besoin quand elles tombent malades si bien qu'elles attendent, pour demander des soins, que leur maladie devienne plus grave, voire chronique, ce qui, à son tour, a une incidence sur leur capacité de gagner leur vie. Deuxièmement, elles sont souvent dans l'obligation de trouver des ressources financières, soit pour payer le coût des services, soit pour couvrir les frais indirects liés à l'utilisation des services (ou les deux). Dans ces circonstances, ces personnes peuvent être contraintes de contracter des emprunts, de s'endetter, de vendre des biens ou de prendre d'autres mesures qui les appauvrissent ou les rendent encore plus vulnérables à la pauvreté. C'est pourquoi les coûts (directs ou indirects) liés aux services de santé peuvent en fait conduire des gens à la pauvreté ou aggraver encore une situation de pauvreté existante. Dans ce cas, le système de santé lui-même devient l'une des causes de la pauvreté. Afin de résoudre ou d'éviter ce problème, les États membres étudient la façon dont les services de santé essentiels sont financés et s'efforcent de faire en sorte que leur caractère onéreux ne constitue pas un obstacle empêchant de recourir à ces services de santé lorsque cela est nécessaire. L'analyse des études de cas en rapport avec ces questions indique qu'il est également nécessaire d'examiner la façon dont le

système sanitaire est structuré et réglementé, afin de faire en sorte que le fonctionnement du système n'interfère pas avec l'emploi et les moyens de subsistance des individus.

Deux études de cas illustrent les interventions visant à résoudre ce problème. L'étude de cas française porte sur le système de soins de santé au niveau national, où le coût de certains services n'était pas couvert pour certains groupes vulnérables de la population, et où, pour certains services, la procédure de remboursement des coûts était si complexe ou si dévalorisante que beaucoup de personnes renonçaient à se faire rembourser. L'intervention a consisté en un amendement de la loi et des réglementations nationales. Il convient de souligner que, si cette intervention avait initialement été décidée pour venir en aide aux groupes marginalisés de la population, elle a également entraîné un changement de politique dont bénéficie désormais une catégorie beaucoup plus large de la population, celle qui connaît des difficultés financières.

L'étude de cas du Kirghizistan traite du problème du financement du système de soins de santé, et notamment du paiement des professionnels de santé et des coûts à la charge des patients – un problème largement répandu dans de nombreux États membres européens. Elle décrit les mesures prises pour tenter de réduire le problème des coûts imprévisibles des soins de santé, qui correspondent à des « dessous-de-table » payés par les patients, en introduisant une participation aux frais explicite pour les soins hospitaliers, ce qui, de plus, augmente la transparence globale du système. Bien que ce cas puisse être considéré comme une solution encore imparfaite à la complexité du financement des soins de santé, il met en évidence des modalités visant à réduire l'imprévisibilité des coûts des soins, tout en procurant des ressources supplémentaires pour les plus démunis.

### **Initiatives visant à résoudre les problèmes culturels ou géographiques de l'accès aux services de santé**

Même lorsque les services de santé sont officiellement gratuits, ce qui est le cas de nombreux services préventifs (tels que ceux chargés de la lutte contre les maladies contagieuses dans la plupart des pays européens), ces services ne sont pas toujours offerts sous une forme ou d'une manière culturellement acceptable ou géographiquement accessible aux pauvres en général, et aux groupes marginalisés en particulier. Certains groupes peuvent de fait ne pas avoir accès aux services de prévention et de promotion de la santé dont ils ont besoin, et à terme, leur santé s'en trouve affectée, ce qui les entraîne encore plus dans le cycle maladie-pauvreté. Selon l'analyse des études de cas traitant de cette question, les interventions visant à résoudre ce type de problème peuvent comprendre :

- des aménagements organisationnels, tels que ceux décrits dans les études de cas allemande et polonaise, mettant en place des services mobiles pour les groupes marginalisés ou les populations rurales vivant dans des zones difficiles d'accès, plutôt que d'attendre que ces personnes viennent elles-mêmes consulter les services ;
- une adaptation des horaires d'ouverture et du personnel des services aux contraintes des pratiques religieuses ou culturelles, et la formation ou l'embauche de personnel ayant par ailleurs les compétences linguistiques et socioculturelles nécessaires pour surmonter les obstacles à la communication, comme le décrivent les études de cas de Croatie et d'Italie ;
- un perfectionnement professionnel et des conseils/réglementations sur l'égalité des chances, afin d'améliorer l'attitude du personnel envers les patients pauvres, et d'éliminer toute discrimination manifeste, comme le décrit l'étude de cas hongroise.

### **Initiatives visant à lutter plus directement contre le problème de la pauvreté et des déterminants de la santé au sens large**

« La maladie pèse lourdement sur le développement économique ... Mais le développement économique nécessite plus que des individus en bonne santé ... Le développement économique est un processus multisectoriel, et la stratégie de développement économique doit être fondée sur un large éventail d'investissements sociaux et de stratégies visant à encourager les entreprises du secteur privé à investir »<sup>5</sup>.

Si les conditions nécessaires à la réalisation du potentiel d'un individu (par exemple emploi, logement convenable, sécurité) ne sont pas réunies, le système de santé peut ne soigner les patients que pour devoir les hospitaliser s'ils tombent malades à nouveau. Mais les systèmes de santé peuvent-ils contribuer au développement économique au sens large ?

À première vue, les personnels du système de soins de santé peuvent considérer que procurer davantage de ressources financières aux personnes démunies ou les aider à trouver un emploi afin d'augmenter leurs revenus n'est pas de leur ressort. Certaines des études de cas montrent toutefois que, avec un peu d'imagination, il est possible d'envisager les moyens pour le système de santé de jouer un rôle important. Réduire la pauvreté suppose souvent de créer des réseaux et de former des partenariats avec des organismes extérieurs au secteur de la santé.

Trois études de cas font partie de cette catégorie. Celle concernant le programme « Fit for Work » à Newham, dans la banlieue de Londres, est liée à

---

<sup>5</sup> *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001.

une initiative gouvernementale visant à réduire les inégalités dans le domaine de la santé. De nombreuses autorités sanitaires locales du Royaume-Uni constatent que, dans les zones défavorisées, les unités locales du Service national de santé (NHS) sont à la fois un important employeur et un important acheteur de biens et de services. Des unités de ce type, comme celle de Newham, ont délibérément essayé de stimuler l'emploi et de proposer des postes au sein de la communauté défavorisée dans laquelle ils sont implantés, en organisant, par exemple, des programmes de formation-réinsertion et en encourageant le recrutement de personnels locaux aux postes disponibles au NHS. Elles ont également profité de leur pouvoir d'achat considérable pour se procurer biens et services auprès de fournisseurs dans les zones défavorisées avoisinantes, contribuant ainsi à stimuler l'économie locale.

Au Royaume-Uni encore, l'étude de cas de Blackpool met en évidence qu'il peut être avantageux de proposer des séances d'information sur les droits sociaux et l'endettement dans le cadre des soins de santé primaires. Chaque année, des prestations sociales atteignant un montant de plusieurs millions de livres ne sont pas réclamées dans le pays. Des études montrent que cela peut être dû au fait que les démarches nécessaires pour toucher les prestations sociales sont perçues comme trop complexes. Les personnes âgées, en particulier, n'aiment pas réclamer ce qu'elles considèrent comme une « aumône », même si elles ont légalement droit aux prestations en question. Les prestations sociales non perçues comprennent, entre autres, les compléments de ressources, les allocations d'invalidité et le paiement de services de soins et d'aide à domicile. Afin d'aider les patients à évaluer s'ils ont droit aux prestations sociales et à réclamer ce qui leur est dû, des assistants sociaux qualifiés organisent des séances dans les centres de soins. Ils négocient également, au nom du patient, avec diverses instances compétentes si le patient est endetté (par exemple avec le bureau de logement local en cas de loyer impayé). Au cours des dernières années, des initiatives telles que celles décrites dans l'étude de cas de Blackpool ont permis d'aider chaque patient à gagner plusieurs centaines de livres, et bien souvent, une fois réclamée, la prestation est perçue pendant des années. Ce type d'initiatives est donc fréquemment une façon très directe d'augmenter les revenus des pauvres, tout en aidant les programmes sociaux à toucher leurs populations cibles. L'impact des initiatives telles que celle décrite dans l'étude de cas de Blackpool n'est souvent pas limité aux personnes les plus démunies et peut aussi profiter aux personnes à revenus moyens qui souffrent de maladies chroniques et qui risquent de perdre des revenus – et de s'appauvrir – parce qu'elles doivent payer des frais de transport ou une aide ménagère.

Les jardins suspendus de Saint-Pétersbourg, dans la Fédération de Russie, sont un autre exemple de la façon dont on peut directement faire face au problème

de la pauvreté et de ses déterminants. L'étude de cas montre que certains groupes au sein de la société civile peuvent contribuer à réduire les pénuries alimentaires et la malnutrition dont souffrent les plus démunis en travaillant en partenariat avec les pouvoirs publics, les organisations non gouvernementales et les collectivités locales, afin d'améliorer l'approvisionnement en fruits et légumes frais. Ce faisant, ces groupes permettent également à l'activité économique de se développer.

### **Initiatives visant à combattre spécifiquement certaines des « maladies de la pauvreté »**

Quelques maladies, telles que le paludisme, l'infection à VIH et le sida, la tuberculose et les maladies de l'enfance sont considérées comme de graves menaces contre la croissance économique de nombreux pays. Cependant, il existe plusieurs interventions sanitaires efficaces pour lutter contre ces fléaux<sup>6</sup>.

Deux études de cas ont pour cible spécifique les maladies dites « maladies de la pauvreté ». Dans l'*oblast* d'Orel, en Fédération de Russie, un partenariat entre les autorités sanitaires, l'OMS, la Croix-Rouge russe, la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'autres encore, met en place un réseau de soutien social et nutritionnel en faveur des tuberculeux. Se basant sur la stratégie DOTS de traitement de courte durée sous surveillance directe, cette double approche contribue à renforcer l'efficacité du traitement, surtout dans la frange la plus pauvre de la communauté.

L'étude de cas de la République de Moldova concerne les réglementations régissant le traitement des maladies sexuellement transmissibles (traitement avec hospitalisation obligatoire, associé à l'établissement de listes de partenaires sexuels), qui faisaient souvent perdre leur emploi et parfois leur logement aux patients, les entraînant ainsi davantage dans la pauvreté. L'intervention a consisté en certains changements dans les pratiques nationales, et à mettre en place de nouveaux traitements et protocoles de recherche de contacts.

Il existe naturellement plusieurs autres possibilités de regroupement des études de cas, et le cadre présenté ici n'est qu'un point de départ. Cette publication invite le lecteur à se plonger dans les témoignages francs et sincères qui suivent et à s'inspirer de ces diverses expériences au sein de la Région européenne de l'OMS.

---

<sup>6</sup> *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001.





# Étude de cas 1

## Surmonter les obstacles culturels à la prestation de soins de santé en Croatie

*Jelena Sedlak*

### La communauté rom

On les appelle « Manouches », ce qui signifie hommes, « Gitans », « Roms » ou « enfants de Dieu » ; ils croient au destin et ils ont foi en leur avenir. Ils « savent » que leur destin n'est pas d'être pauvres, défavorisés, au chômage, ni de mourir jeunes. Ils aiment à dire que les plus beaux d'entre eux ont « la couleur du chocolat ». Ils préservent leurs traditions, et beaucoup d'entre eux vivent toujours en nomades, avec les avantages et les inconvénients qu'entraîne ce mode de vie. La plupart de leurs villages n'ont pas d'eau courante, de téléphone, d'égouts, ni parfois même d'électricité ; et tous vivent sur des terres qui appartiennent à quelqu'un d'autre. Outre leur situation de défavorisés sociaux et leurs rêves d'un avenir meilleur, ils ont des familles très nombreuses. L'un de leurs rêves est d'être en bonne santé et de vivre vieux, dans une communauté moins pauvre que celle de leurs parents.

Les villages roms sont la cible particulière des campagnes de vaccination et de revaccination, quand on craint la présence de maladies infectieuses en Croatie ou dans les pays voisins, et, depuis 1997, ces campagnes ont été très suivies. En 2001, à la suite de cas de poliomyélite en Bulgarie<sup>7</sup>, la revaccination a atteint un taux très élevé et a concerné 800 enfants roms.

Parce que pauvreté et santé sont incompatibles, les initiatives de prévention des maladies contagieuses doivent s'accompagner d'une réflexion sur les façons d'aider cette communauté à avoir une vie plus prospère.

---

<sup>7</sup> Données fournies par le Service des affaires sociales et sanitaires du comitat de .  
*Voir aussi* : Poliovirus sauvage importé à l'origine de cas de poliomyélite, Bulgarie. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 76(43): 332–335 (2001).

*Village rom au tout début  
de l'initiative, en 1997*



### **Le comitat de Međimurje**

Le comitat de , d'une superficie de 730 km<sup>2</sup>, est le plus petit comitat de Croatie. Il comprend 3 villes, 21 districts et 129 villages. Les premiers résultats du recensement de la population, des ménages et des logements, en date du 31 mars 2001, montrent que sa population de 116 225 personnes (48,8 % d'hommes et 51,2 % de femmes) connaît une croissance annuelle de 0,68 % (taux de natalité de 11,3 % ; taux de mortalité de 10,63 %)<sup>8</sup>. Dans ce comitat, la population rom est d'environ 4 000 personnes.

Au mois de février 2002, une équipe médicale a visité trois villages roms : Sitnice (340 habitants), (600 habitants) et Pribislavci (522 habitants). Ces villages sont considérés comme représentatifs des 16 villages roms qui environnent Āakovec, la grande ville du comitat. Dans ces trois villages, la moitié de la population a moins de 15 ans.

Par rapport à leur situation d'il y a cinq ans, quand ils vivaient dans de très mauvaises conditions, les Roms ont connu plusieurs changements importants. Désormais, en partie grâce à la campagne de vaccination, de santé et de prévention, l'attitude des Roms envers la santé et la protection de leurs enfants est en train de changer.

---

<sup>8</sup> Institut national de statistiques, Zagreb, [www.dzs.hr/StatInfo/Stanov.htm](http://www.dzs.hr/StatInfo/Stanov.htm) (consulté en mai 2002).

### De nouvelles attentes

La communauté rom aspire à un meilleur mode de vie général et attend des améliorations en matière de soins et d'état de santé. Cette attitude est visible dans certains de leurs villages. Il n'y a plus de nouvelles huttes en terre battue – le type de construction dominant il y a encore quelques années – et les nouvelles maisons sont construites en briques. Les Roms voyageant moins et tendant à se sédentariser, leurs conditions de vie se sont améliorées et leur intégration dans la société s'est accentuée.

Plus de la moitié des Roms de Croatie vit dans le comitat de  . Leurs ancêtres y vivaient déjà au XIII<sup>e</sup> siècle, attirés par les saules, dont ils utilisaient le bois pour fabriquer des objets artisanaux et des outils qu'ils vendaient pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille. Bien que l'on suppose que les Roms d'aujourd'hui ont d'autres occupations, en pratique, la plupart d'entre eux sont au chômage. Pour cette raison, ils sont toujours le groupe le plus pauvre dans un pays où le revenu annuel par habitant est de 4 179 dollars des États-Unis (USD), et où le taux de chômage est estimé à 21,1 %, avec 357 872 personnes sans emploi<sup>9</sup>.

Parmi le peuple rom, le taux de chômage est estimé aux alentours de 33 % ; le chiffre exact n'est pas connu, car il n'existe aucune estimation par minorité ou par groupement national. Le revenu d'une famille rom est d'environ un tiers de la moyenne nationale, et la plupart des Roms vivent de l'aide sociale.

### Communication

Les villages roms occupent des terrains appartenant à l'État et des terrains privés, et il est très difficile de mettre en place une infrastructure dans ces villages. Les autorités du comitat ont cependant présenté au gouvernement croate deux projets visant à résoudre les principaux problèmes des minorités roms : a) légaliser les villages roms et b) améliorer la communication entre les communautés rom et croate, qui souffre de l'absence de langue commune. Un groupe de Roms suit actuellement une formation d'enseignant, en vue de contribuer à surmonter cet obstacle linguistique. Au lieu d'enseigner le croate aux Roms, ils apprendront le romani aux Croates qui sont en contact avec eux.

Cette démarche a pour avantage de conserver l'identité ethnique des Roms et contribue à préserver les communautés, tout en permettant une certaine intégration dans la société croate. Si l'on persuadait les enfants roms de suivre une scolarité au moins jusqu'à la fin de l'école primaire – ce qui est rarement le cas aujourd'hui – ce serait un très grand progrès.

---

<sup>9</sup> Chiffres pour 2000 fournis par l'Institut national de statistiques, Zagreb.

*Dragutin Lesar, président du Service des affaires sociales et sanitaires du comitat de Međimurje*



Le président du Service des affaires sociales et sanitaires du comitat de \_\_\_\_\_, Dragutin Lesar, explique que la langue et l'identité ethnique sont des questions de la plus haute importance :

Les gens peuvent avoir pour idole Janica Kostelic [championne de ski], Petrovic [joueur de basket] ou Davor [footballeur célèbre], mais les enfants ont besoin que des personnes qui appartiennent à leur propre peuple leur montrent qu'eux aussi peuvent réussir, et même être les meilleurs. Pourquoi n'avons-nous pas 20 infirmières roms, 10 policiers roms ? Pourquoi n'avons-nous pas d'écoles où l'on enseigne leur langue ? ... Il y a 900 enfants à

l'école élémentaire et 1 000 de plus qui se préparent à y entrer, rien que dans notre région. Ils devraient recevoir un enseignement dans la langue rom. Mais nous n'avons pas d'instituteurs roms. Nous devrions encourager ces enfants à suivre leur scolarité jusqu'au bout, si nous voulons vraiment résoudre ce problème une fois pour toutes.

Cependant, Dragutin Lesar ne pense pas que le système des prestations sociales soit la solution.

### **Situation économique**

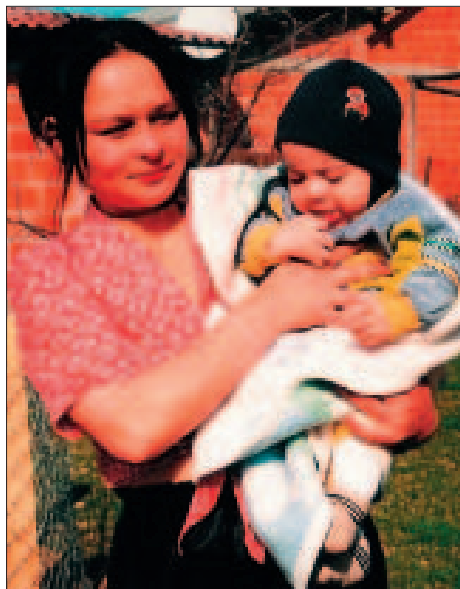
Dans le comitat de \_\_\_\_\_, 1 557 familles reçoivent une aide financière équivalente au minimum social, et 53 % d'entre elles sont des familles roms. Bien qu'elle ne représente qu'environ 3,4 % de la population, la communauté rom, en grande partie au chômage, reçoit une part proportionnellement beaucoup plus grande des fonds sociaux du comitat. Jusqu'à fin 2001, les mères sans emploi de trois enfants ou de jumeaux recevaient une allocation, et sur les 580 mères appartenant à cette catégorie, environ 300 étaient Roms. Les familles roms ont généralement entre quatre et dix enfants. Quarante-huit pour cent des familles reçoivent des prestations sociales équivalentes au minimum social<sup>10</sup>.

---

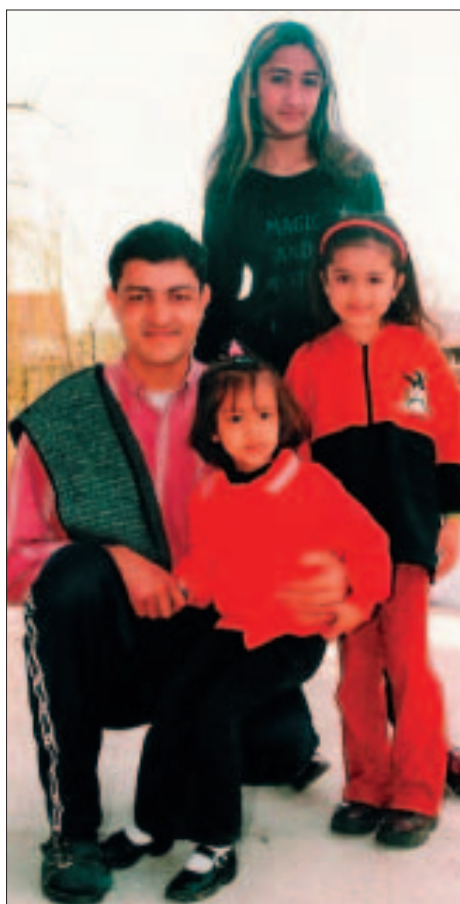
<sup>10</sup> Centre de soins sociaux du Conseil du comitat de \_\_\_\_\_.

Natalija est l'une de ces mères au chômage. Elle a 25 ans, cinq enfants et elle est sans profession. Elle vivait avec le père de ses enfants, mais ils n'étaient pas mariés ; quand il est mort l'an dernier, elle n'a pas eu droit à la pension normalement attribuée aux veuves. Natalija est elle-même issue d'une famille de dix enfants, et elle évoque le fait que sa vie, avec la menace d'une mort précoce, n'a jamais été facile. « Je ne comprenais pas pourquoi mes frères et sœurs disparaissaient. On allait rarement chez le docteur. C'était peut-être à cause des maladies contagieuses, qui sait ? Le médecin habitait loin, et un enfant mourait généralement avant d'y arriver ». Mais, commentant sa propre situation en tant que parent de la nouvelle génération, elle ajoute : « Tous mes enfants sont vaccinés, grâce aux médecins qui visitent notre village, et surtout au docteur [Smilovic, l'un des membres de l'équipe médicale à l'origine de l'Initiative de communication. Voir ci-après]. Mais les anciennes générations n'accordaient pas beaucoup d'importance à la vaccination ».

Son voisin, Nedjeljko, a 29 ans ; il a eu son premier enfant à l'âge de 17 ans, et a aujourd'hui trois filles. La loi en vigueur jusqu'au début de 2002 leur a permis de toucher des allocations à partir du troisième enfant et pour chaque enfant supplémentaire, donc les familles nombreuses bénéficiaient d'avantages financiers. « C'était bien pratique



*Natalija, mère de cinq enfants*



*Nedjeljko avec ses trois filles*

d'être 'traditionnel' », explique Dragutin Lesar. Bien que cette loi ait été abrogée, il existe encore des familles nombreuses et la tâche principale consiste à les garder en bonne santé. Nedjeljko dit que c'est désormais possible : « Ma fille aînée est vaccinée dans son école ». Il ajoute, « Les petites sont vaccinées ici, dans le village, et ça nous a beaucoup aidés que les médecins soient venus ici. Nous n'avons pas de voiture et l'établissement de soins le plus proche est à plus de 10 kilomètres d'ici ».

Au sujet de sa propre enfance, il raconte : « Je ne pense pas que mes parents comprenaient l'importance de la vaccination. Au contraire, ils pensaient que c'était mauvais pour nous, les enfants. Ils pensent toujours que ça ne sert de vacciner les enfants ».

### **Changer les mentalités**

Lorsque l'Initiative de communication a démarré, c'était la façon de penser des anciennes générations qui prédominait. Le poids des traditions était encore très fort ; certaines de ces traditions étaient cependant néfastes pour la santé de la communauté et pour celle des individus. Jusqu'à il y a quelques années, les épidémiologistes de l'Institut de santé publique du comitat de avaient du mal à mettre en œuvre la campagne de vaccination.

L'un des facteurs qui a contribué à leurs difficultés a été la dernière épidémie de poliomyélite dans ces villages, qui est survenue en 1983, juste après une campagne de vaccination dans les villages roms. Quatre enfants du village de ont contracté la poliomyélite après la primovaccination. Cet épisode a renforcé certains des vieux préjugés contre les campagnes de vaccination organisée.

À la suite de cette expérience, le docteur Smilovic a expliqué certains des problèmes auxquels elle était confrontée en travaillant avec la communauté :

À la fin de l'épidémie de 1983, on a prouvé que les enfants n'avaient pas contracté la poliomyélite à cause du vaccin, mais les Roms croyaient que la vaccination rendait leurs enfants malades, après quoi il était très difficile de les convaincre de les refaire vacciner. La tâche qui nous attendait n'était pas simple.

La résistance était colossale, surtout dans les villages où les enfants étaient tombés malades 14 ans plus tôt. Nous craignons qu'il ne se passe à nouveau quelque chose, à la suite d'une réaction au vaccin. Malgré les précautions que nous avons prises contre cette éventualité, nous avons bien conscience des conditions dans lesquelles nous travaillions. Parfois, dans une petite maison, on mettait simplement une nappe sur une table improvisée ... rien de comparable aux conditions que nous avons dans le centre de soins. Je me souviens qu'une fois, une petite rom a fait une réaction –



une éruption cutanée sur tout le corps – et son père a tout simplement voulu me tuer. Je n'ai rien pu expliquer, j'ai juste mis l'enfant dans l'ambulance, en espérant que nous nous en sortirions vivants, et nous sommes allés au centre de soins. Dieu merci, tout s'est bien terminé, mais nous avons failli reperdre toute notre crédibilité à cause d'une seule réaction.

### La langue comme trait d'union

Quand on a perdu la confiance des gens, il faut se demander pour quelle raison. Mais si cette raison n'est pas rationnelle, comme c'est le cas ici, il faut trouver des voies pour rétablir cette confiance. Pour les médecins, cette voie, c'était la langue rom, et le résultat, une confiance renouvelée.

L'équipe de l'Institut de santé publique qui rend visite aux communautés roms se compose de quatre à cinq médecins, de quatre infirmières et de techniciens ou auxiliaires. Afin de pouvoir communiquer de façon à établir la confiance et à surmonter les difficultés, ils ont appris la langue rom. Sans parler couramment le romani, ils ont ainsi pu nouer des liens avec les membres de la communauté. Le docteur Smilovic décrit les projets qui peuvent être accomplis dès le premier contact : « Quand je leur dis d'ouvrir la bouche, de respirer ou de déglutir, ou quand je dis à une adolescente qu'elle est jolie, ou que je leur parle comme leur mère le ferait, je gagne un peu leur confiance. Ce n'est pas très difficile



*Le docteur Smilovic, son « professeur » (Franc) et les enfants*

d'apprendre la langue rom. Les médecins ont tous des glossaires personnels sur des feuilles qu'ils conservent dans leur ambulance. »

Son professeur de romani, Franc, était l'un des chefs de la communauté, mais de nombreuses autres personnes du village ont été heureuses de l'assister dans sa tâche.

Bien que cette initiative ne coûte rien et que des progrès aient été constatés, la question de sa durabilité soulève des interrogations. Les médecins déclarent qu'ils n'ont pas l'intention de changer de cabinet, mais, s'ils devaient le faire, leur but est de faire en sorte que leurs successeurs poursuivent l'Initiative. « La langue n'est pas difficile à apprendre, et si vous atteignez ce but, les résultats sont particulièrement positifs pour la santé des enfants des groupes minoritaires », commente le docteur Smilovic. Les résultats (tableau 1) sont en effet impressionnants.

Tableau 1. Taux de vaccination comparatifs, 2000

Type de vaccination	Total Croatie (%)	Comitat de Međimurje (%)
Primaire	93,5	95,7
Secondaire	94,3	97,6

Source : Institut de santé publique de Croatie.

### Contexte de l'Initiative

Selon la maternité de l'hôpital du comitat, un grand nombre des jeunes de la communauté rom bénéficient de soins de santé au titre de la loi sur l'assurance maladie, qui donne gratuitement accès aux soins à tous les moins de 18 ans. Ces jeunes sont soumis aux campagnes nationales de vaccination. En raison de leur mode de vie, de leurs conditions sociales et de leurs faibles ressources financières, les Roms sont très vulnérables aux maladies, et plus particulièrement aux maladies contagieuses. Jusqu'à tout récemment, les enfants

1997 – colis d'aide alimentaire de l'UNICEF et la brochure d'information sur la vaccination





n'étaient vaccinés qu'irrégulièrement et à contrecœur. L'Institut de santé publique du comitat de \_\_\_\_\_ rapporte que 266 enfants roms ont été vaccinés contre la poliomyélite en 1994, 191 en 1995 et 404 en 1996.

En 1997, il y eut deux alertes à la poliomyélite en l'espace de quelques mois, et des campagnes de vaccination ont été mises en route à la suite de chacune d'elles. Dans le comitat de \_\_\_\_\_, la mise en œuvre d'une campagne de vaccination spéciale était considérée comme une priorité. C'était le début de l'Initiative de communication, le moment où le docteur Smilovic et les autres membres de l'équipe ont commencé à apprendre la langue de leurs patients roms. L'initiative de l'Institut de santé publique local a permis la vaccination initiale de 400 enfants roms, suivie par une petite campagne dans le village rom de Drzimurec. Le taux de réussite atteint était de plus de 95 % chez les enfants de 15 ans et moins – le groupe dont la vaccination avait été entravée par les coutumes et les craintes de leurs parents.

Le 21 octobre 1997, l'Institut de santé publique du comitat de \_\_\_\_\_ a été informé d'un cas de paralysie aiguë chez une adolescente rom de Drzimurec de 14 ans, juste après la mise en œuvre de la vaccination secondaire. Le diagnostic a permis de déterminer qu'une encéphalite à tiques était à l'origine de ce cas, et une autre campagne a démarré. Au cours de cette campagne, une incitation supplémentaire a pu être offerte lorsque le bureau du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) en Croatie a fait don de 800 kg d'aliments pour bébés et que l'Institut de santé publique du comitat de \_\_\_\_\_ a profité de l'occasion pour distribuer sa brochure, *Protection des enfants contre les maladies contagieuses : quand dois-je faire vacciner mon enfant ?* Cette brochure décrivait en détail l'intégralité du programme de vaccination de 3 mois à 19 ans.

Ces incitations à participer à la campagne de vaccination, sous forme d'aliments et d'informations, ont été acceptées de bon cœur, en partie grâce au lien qui existait déjà entre l'équipe médicale, parlant le romani, et la communauté rom.

Le docteur Smilovic explique que, au cours des deux campagnes de 1997, « le personnel de soins primaires a vacciné 472 enfants et les campagnes de nettoyage des poches épidémiques résiduelles ont permis de vacciner 418 enfants ». Elle pense que si les services de santé ont un rôle important à jouer pour promouvoir la santé, la coopération entre les autorités municipales et les autres structures sociales qui ont un impact sur la santé – telles que les écoles, les services sociaux, les services publics et les organisations non gouvernementales – est essentielle. Ces structures sont particulièrement importantes dans les communautés vulnérables, telles que celle des Roms.

« Certains problèmes subsistent », souligne Ljudevit, chef du village rom de Pribislavec. Ces problèmes ne sont pas directement liés à la vaccination des enfants roms, mais ils peuvent affecter leur santé et leur avenir d'autres façons, par le biais de l'échec scolaire par exemple. Aujourd'hui, seul un enfant rom sur dix termine le primaire et ce chiffre est encore plus faible pour le secondaire. Ljudevit pense que si, comme les médecins, les instituteurs parlaient la langue rom, ces statistiques peu encourageantes s'amélioreraient.

### **Améliorer les services publics**

Autre aspect du lien entre pauvreté et santé : la légalisation des villages roms et leur approvisionnement en eau et électricité. Les services publics seront difficiles à fournir en raison de leur coût pour cette communauté majoritairement sans emploi.

Un autre thème à l'étude est celui de l'assurance maladie. Parmi les personnes qui restent en marge du système de santé, nombreuses sont celles originaires de la communauté rom, où l'absence d'assurance maladie est un problème majeur. Pour les traitements en milieu hospitalier, l'une des pratiques en vigueur consiste à « emprunter » les papiers de quelqu'un d'autre pour être traité gratuitement. Mais cela peut entraîner de nombreux problèmes, et notamment l'inexactitude des dossiers médicaux et des registres de sécurité sociale. Dans un cas particulier, une personne ayant « emprunté » une assurance maladie est décédée à l'hôpital et le véritable propriétaire des papiers n'a pas pu prouver qu'il n'était pas décédé lui-même !

Le président du Service des affaires sociales et sanitaires du comitat de Dragutin Lesar, pense que des actions telles que l'Initiative de communication devraient permettre de changer les mentalités et d'établir des rapports de confiance entre la communauté et les prestataires de soins. « La responsabilisation des parents et l'éducation sanitaire du peuple rom sont les éléments clés auxquels nous devons tous travailler à l'avenir. Les Roms doivent comprendre que c'est à eux qu'incombe la responsabilité d'aller faire vacciner

*Les enfants des communautés roms  
bénéficient de plus en plus  
de l'Initiative*



leurs enfants dans les établissements de soins, plutôt que d'attendre que les médecins viennent dans leur village et leur donnent des cadeaux pour qu'ils les laissent administrer les vaccins aux enfants » dit-il. Il pense que cette méthode risque d'encourager des comportements irresponsables. « La solution », déclare Dragutin Lesar « serait d'affecter l'argent de la sécurité sociale et du chômage à l'éducation sanitaire et à la scolarisation, et d'apprendre aux mères roms à faire face à ces problèmes ».

### L'avenir

Cette initiative a été rendue possible dès lors qu'une équipe de médecins s'est rendue dans des villages roms et a convaincu la population de faire vacciner les enfants. Ils y sont arrivés en apprenant à parler la langue de leurs patients, conscients du fait qu'il s'agissait là d'une façon de surmonter les obstacles à la prestation de soins de santé. Natalija et Nedjeljko ne feront pas les erreurs de leurs parents ; ils savent déjà comment protéger la santé de leurs enfants. D'autres problèmes pourraient aussi être résolus en appliquant la même recette de confiance et de bonne volonté.

Le taux de réussite atteint lors de la vaccination de 1997 se maintient, et le comitat de   fait état de taux de vaccination toujours plus élevés que le taux national (tableau 1)<sup>11</sup>.

La résistance sociale envers la vaccination et les autres initiatives de santé publique ne se limite pas à la seule communauté rom ni à l'Europe centrale. Par ailleurs, investir uniquement dans le système de santé est une solution simpliste. Comme le soulignent M. Lesar et le docteur Smilovic, des mesures complémentaires en matière d'éducation et d'autres investissements dans les infrastructures de base (par exemple, eau potable et assainissement) sont également nécessaires.

Dans cette étude de cas, on constate donc qu'une intervention spécifique a contribué à lever certains des obstacles culturels au niveau local et a permis d'améliorer l'accès aux services de santé essentiels pour des communautés pauvres et souvent isolées. Les résultats liminaires obtenus sont visibles et devraient avoir un impact à long terme, en réduisant la charge de morbidité, non seulement dans la communauté rom, mais aussi dans le pays en général. L'initiative a montré que les programmes de santé publique peuvent être modifiés pour inclure des interventions essentielles, même dans des pays aux ressources publiques limitées.

---

<sup>11</sup> *Annuaire du service de santé croate 2000*. Zagreb, Institut national de santé publique de Croatie, 2001.



# Étude de cas 2

## Couverture maladie universelle : toucher les plus pauvres en France

*Frederika van Ingen*

« Dix à quinze pour cent de mes patients sont en situation de précarité, raconte le docteur Gilles de Saint-Amand, médecin généraliste en zone rurale. Il y a incontestablement parmi eux des gens très marginalisés qui avaient des difficultés pour se soigner et qui aujourd'hui, grâce à la Couverture maladie universelle (CMU), viennent plus facilement me consulter. D'un point de vue sanitaire, c'est un avantage évident, et d'un point de vue administratif, les procédures ont été considérablement simplifiées. » Pour les travailleurs sociaux, la CMU est aussi un avantage : « Depuis sa mise en place », explique Annie Dunant, puéricultrice dans un centre public de protection maternelle et infantile, « dès que nous avons affaire à des enfants avec des problèmes de santé, il est beaucoup plus facile pour nous d'enjoindre les parents à les emmener chez le médecin, car on sait que cela ne leur causera pas de problèmes financiers ».

Le 1<sup>er</sup> janvier 2000 s'est mis en place en France le dispositif de Couverture maladie universelle. Son principe : offrir à toute personne résidant en France une couverture maladie de base, et une couverture complémentaire à celles dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil. Son but : proposer « l'assurance maladie pour tous », afin de permettre une égalité d'accès aux soins.

En France, l'accès à l'assurance maladie repose sur un système de cotisations des salariés et des travailleurs à la sécurité sociale. Cet accès leur ouvre le droit, ainsi qu'à leur famille, à un remboursement partiel des dépenses de santé (régime de base). Les patients choisissent et consultent librement leur médecin libéral, généraliste ou spécialiste, ils lui règlent la consultation et sont par la suite remboursés en partie par l'assurance maladie. Il en va de même pour les médicaments, payés aux pharmaciens, puis remboursés. Une part des frais de santé (appelée « ticket modérateur ») est laissée à leur charge, à moins qu'ils ne souscrivent des contrats avec des assurances ou mutuelles privées, qui proposent des produits remboursant tout ou une partie de ces frais. En 2000, 80 à 85 % de la population avait souscrit à ces contrats complémentaires qui remboursaient au moins en partie leurs frais de soins de santé. Ce système

permet un accès aux soins satisfaisant pour une bonne partie de la population, mais les autres sont exclus.

Avant la CMU, une mesure existait déjà : l'aide médicale gratuite, qui est gérée par les départements français. Jusqu'en 1992, les aides sont octroyées aux personnes les plus démunies sur demande, à chaque fois qu'elles ont besoin de se faire soigner. Ce système crée des inégalités : non seulement les personnes dans le besoin doivent faire des démarches à chaque fois qu'elles ont un problème de santé, mais elles sont traitées avec une grande disparité selon les départements.

À partir de 1992, ce sont toujours les services des départements qui reçoivent les demandes, mais celles-ci sont gérées en collaboration avec les caisses primaires d'assurance maladie, relais locaux de la Caisse nationale d'assurance maladie. Les personnes en difficulté doivent s'adresser aux services du Conseil général (départemental) pour obtenir non plus une aide au coup par coup, mais une ouverture de droits pour un an, pour elles et leur famille. C'est déjà un progrès, mais le problème d'inégalité entre les départements demeure.

Par ailleurs, le phénomène de pauvreté lui-même augmente. Selon Olivier Quéroil, sociologue, conseiller technique au Fonds de financement de la CMU et ancien conseiller à la délégation interministérielle au Revenu minimum d'insertion (RMI) :

Entre les années 1960, où 50 % de la population était assurée sociale, et les années 1980 où on est passé à 98 %, on assiste à une réussite totale de la sécurité sociale. Sauf que ces 2 %, du fait qu'ils existent, deviennent inconcevables. D'une part, c'est humainement inacceptable, et d'autre part, on finit par aboutir à un système qui force à vérifier les droits à l'assurance maladie de 60 millions de personnes pour découvrir les 2 % qui n'y ont pas droit.

Depuis la création de l'assurance maladie, l'ouverture des droits a été élargie à la famille des travailleurs (les ayants droit), le régime de l'assurance personnelle a été créé pour ceux qui ne cotisent pas à travers leur profession, mais le système reste fondé sur la cotisation. Dans les années 1980, on espère arriver au plein emploi, et donc à une couverture pour tous. Mais ce ne sera pas le cas. Entre 1993 et 1998, le volume des personnes recevant l'aide médicale va tripler (de 1 à 3 millions, soit 5 % de la population). On ne peut plus parler de « précarité résiduelle ». La sécurité sociale, qui tend depuis son invention en 1945 à se généraliser, doit répondre à ce problème, et les responsables politiques successifs commencent à chercher des solutions.

En 1997, une étude réalisée par le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) met en évidence l'inégalité de l'accès aux soins. Six cent mille personnes environ n'ont pas accès à la sécurité sociale. Par ailleurs, 16 % des personnes n'ont pas de couverture complémentaire. Parmi elles, beaucoup renoncent aux soins car la part des frais de santé à leur charge est trop importante.

Le problème est encore aggravé par le fait que le remboursement par le régime de base des frais de santé est moins important pour les soins de ville (60 à 70 %) que pour l'hôpital (80 à 95 %). Résultat : les personnes qui n'en ont pas les moyens hésitent à se faire soigner précocement en consultant un médecin. Comme le souligne Étienne Caniard, vice-président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) :

Cela met en évidence que le régime de base de l'assurance maladie ne suffit plus à garantir l'accès aux soins. Une question se pose alors au Ministre de l'emploi et de la solidarité, Martine Aubry : pour instaurer une égalité d'accès aux soins, faut-il le réorganiser en fonction des ressources ? Sa réponse sera non, et son choix s'orientera vers un système spécifique dont la philosophie première sera de ne pas stigmatiser les plus démunis.

### Une loi révolutionnaire

En 1999, la loi portant création de la CMU, qui s'intègre plus généralement dans une loi relative à la lutte contre les exclusions, est votée par le Parlement. Elle comporte trois volets. Le premier instaure la CMU de base pour tous, sans cotisation pour les personnes ayant un revenu inférieur à un seuil (voir encadré 1).

La CMU et la CMU complémentaire sont attribuées gratuitement à condition de ne pas dépasser un plafond de revenu. Ce plafond a été révisé en février 2002. Il est désormais de 562 (489 USD) par mois pour une personne seule, 843 (733 USD) pour un couple ou un parent seul avec enfant, 1 011 (879 USD) pour trois personnes, 1 180 (1 026 USD) pour quatre et 225 (196 USD) par personne supplémentaire. Cette ouverture de droit est accordée pour un an renouvelable après réexamen de la situation de l'assuré. Depuis février 2002, les personnes qui sortent de ce dispositif car leur situation a changé, bénéficient néanmoins de la dispense d'avance de frais médicaux. Et depuis cette date également, ceux qui se trouvent dans les 10 % au-dessus du plafond de ressources nécessaires pour bénéficier de la CMU complémentaire ont droit à une aide de 115 (100 USD) pour souscrire à une couverture complémentaire auprès d'un assureur ou d'une mutuelle. Les contrats proposés leur garantissent les mêmes taux de remboursements que la CMU complémentaire.

*Encadré 1. Qui a droit à la CMU ?*

Source : Fonds CMU.

Autrement dit, toute personne résidant en situation régulière en France, qui ne cotise pas à travers son activité professionnelle et qui n'est pas ayant droit, est automatiquement affiliée à la sécurité sociale. Nouveauté majeure également : ce n'est pas à la personne de prouver ses droits mais à la caisse d'assurance maladie. Les personnes, à partir de l'âge de 16 ans, peuvent donc être affiliées à la caisse avec des documents prouvant simplement leur résidence et leur identité. Les personnes sans domicile fixe, pour en bénéficier, doivent s'inscrire auprès d'un organisme agréé. La caisse interrogera les personnes et pourra demander des justificatifs supplémentaires pour vérifier qu'elles ne dépendent pas d'un régime de travailleurs, mais leurs droits seront automatiquement ouverts au régime de base pour un an. Ensuite, en fonction de leurs revenus, elles seront amenées à cotiser ou pas à ce régime de base.

Deuxième volet de la loi : la création de la CMU complémentaire. En dessous d'un certain seuil de revenus, les personnes bénéficient de cette assurance complémentaire gratuite, qui permet une prise en charge des dépenses de santé dans une limite définie par la sécurité sociale. Cette couverture complémentaire prend en charge la part du ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier (10,67 €, soit 9,28 USD par jour) qui concerne les frais d'hospitalisation non médicaux, les prothèses dentaires et les lunettes (à hauteur de 396 €, soit 345 USD pour deux ans)<sup>12</sup>.

Cependant, les médecins consultés par les patients bénéficiaires de la CMU s'engagent à ne pas dépasser les tarifs de base définis par convention entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'État et les syndicats médicaux. Ils ne peuvent pas pratiquer d'honoraires libres. La CMU complémentaire est accordée à chaque fois pour une durée d'un an.

La personne peut choisir librement son organisme de couverture complémentaire, qui peut être la caisse d'assurance maladie elle-même, une assurance privée ou une mutuelle, à choisir dans une liste présentée au moment de l'inscription auprès de la caisse primaire. L'avantage, si elle choisit un organisme externe à l'assurance maladie, est qu'on lui proposera, si elle ne dépasse les conditions de ressources de la CMU, une offre préférentielle de contrat complémentaire (au tarif de 229 €, soit 199 USD par an) après sa sortie du dispositif. Point essentiel, la CMU prévoit une dispense d'avance de frais : les patients ne payent pas leur médecin ou l'hôpital, qui sont directement remboursés par les caisses et organismes complémentaires.

---

<sup>12</sup> Le remboursement intégral des prothèses dentaires vient d'entrer en vigueur début 2002. Initialement, le remboursement des frais optiques et dentaires était limité à 396 € (345 USD) pour une période de deux ans. Ce plafond demeure uniquement pour l'optique.





*En janvier 2000, la « loi révolutionnaire » eut un grand retentissement. Beaucoup de gens se sont empressés de s'inscrire à la CMU.*



Enfin, le troisième volet de la loi concerne l'aide médicale de l'État renouvelée. Elle s'adresse aux personnes en situation irrégulière sur le territoire français, dont les ressources sont inférieures au même plafond que pour la CMU. Cela concerne en France environ 100 000 personnes. Celles-ci peuvent faire leur demande d'inscription directement auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie, auprès des services d'aide sociale des communes et des départements, ou encore à travers des organisations non gouvernementales et organismes à but non lucratif. Cela leur donne un accès gratuit aux soins hospitaliers pour tous, et à la médecine de ville pour les personnes présentes en France depuis trois ans (voir encadré 2).

La loi prévoit une mise en place rapide de ces dispositions, puisqu'elle entre en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2000. En quelques mois après le vote de la loi en juillet 1999, les différents organismes chargés de gérer la CMU vont devoir s'organiser pour accueillir les bénéficiaires de cette nouvelle prestation.

Côté financement, un fonds de financement de la CMU complémentaire est créé. Il est alimenté par une dotation du budget de l'État et par la contribution, à hauteur de 1,75 %, des organismes complémentaires (assureurs et mutuelles) en fonction de leur chiffre d'affaires. En 2000, son budget était de 1 047 millions d'euros (soit 911 millions d'USD). En 2002, il devrait atteindre 1 120 millions d'euros (975 millions d'USD). Lorsque l'assuré choisit les caisses

primaires comme organisme complémentaire, les dépenses des caisses leur sont intégralement remboursées par ce fonds. Lorsqu'il choisit une mutuelle ou une assurance, ces organismes perçoivent une déduction de leur cotisation au Fonds CMU de 228,67 (199 USD) par personne inscrite et par an. Cette somme, censée correspondre à la dépense moyenne des complémentaires de santé pour une personne, ne couvre pas les frais de gestion par ces organismes, qui ont accepté de les prendre à leur charge. Cependant, les estimations montrent que le prix moyen annuel de dépenses de santé doit être revu à la hausse (environ 244 €, soit 212 USD par personne en 2001). Actuellement, les organismes complémentaires réclament une augmentation de leur déduction, voire un remboursement intégral des dépenses comme c'est le cas pour les caisses primaires. « Il y a beaucoup de travail à faire sur le terrain, pour aller au devant des personnes qui pourraient bénéficier de la CMU et qui ne le savent pas », note Étienne Caniard, de la FNME. « Ce travail peut être fait par les mutuelles en collaboration avec les associations, mais cela nécessiterait des moyens supplémentaires. »

### *Encadré 2. Aide médicale d'État*

Cent vingt mille personnes bénéficiaient, fin 2001, de l'aide médicale de l'État (AME), dont 70 % en Île de France (Paris et alentours) et 44 % à Paris. Cette aide, destinée aux personnes en situation irrégulière, au-delà de sa « générosité », répond à un problème de santé publique. « Nombre de ces personnes », explique Yves Carcenac, inspecteur général des affaires sociales, « développaient des pathologies transmissibles, comme la tuberculose notamment, et avaient peur d'être repérées en se faisant soigner ». La spécificité de cette population est qu'il est particulièrement difficile de l'évaluer en nombre. Mais depuis la mise en place de l'AME, après un début timide dû à une certaine méfiance, 10 à 12 000 nouvelles personnes en bénéficient chaque trimestre. L'attribution de l'aide repose essentiellement sur la déclaration de leur situation par les bénéficiaires. Sa mise en place a cependant connu plus de difficultés que la CMU, comme le relève un rapport de l'IGAS. L'information vers les populations concernées n'a pas été suffisante : l'un des principaux diffuseurs d'information a été les organisations humanitaires, l'administration n'ayant rien prévu à cet effet. Certaines caisses primaires n'ont prévu qu'un seul lieu d'accueil par département pour les recevoir, ce qui a pour effet de stigmatiser ces personnes qui devraient, selon l'esprit de la loi, pouvoir se fondre avec l'ensemble des assurés. La mesure concernant l'accès aux soins de ville limité aux personnes présentes en France depuis plus de trois ans crée des situations complexes. D'une part, la présence sur le territoire est difficile à prouver pour des personnes en situation irrégulière, et d'autre part, elle crée un paradoxe en accordant une sorte de « prime » à ceux qui demeurent plus longtemps en situation irrégulière. Enfin, note le rapport de l'IGAS, la gestion budgétaire de l'AME par l'État est « préoccupante ». Par exemple, les crédits prévus au budget étaient de 60 millions d'euros (52,2 millions d'USD) alors que les dépenses en 2001 s'approchaient déjà de 145 millions d'euros (126 millions d'USD).

Source : IGAS.

### Un changement culturel ?

« La mise en place de la CMU a été un véritable changement culturel, à tous les niveaux », note Marc Schlusshuber, directeur de l'accès aux soins de la Caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis. Dans ce département proche de Paris très concerné par le problème de la précarité, on estimait au départ à 200 000 le nombre de bénéficiaires potentiels de la CMU complémentaire. Début 2002, 146 650 personnes y ont droit, après une pointe de 177 000 en juin 2001. Quatre-vingt-sept mille ont été enregistrées dans les six premiers mois. Marc Schlusshuber raconte :

Pour nous, caisses locales, il a fallu passer d'un travail administratif et d'application de formules mathématiques à un rôle social. Il a fallu convaincre le personnel que désormais, nous avons un rôle à jouer dans la précarité. Dès le début de la mise en place, ça a été l'affluence aux guichets. Nous avons eu quelques mois pour nous préparer, 130 personnes avaient été mobilisées sur ce sujet et nous avons recruté une centaine d'emplois jeunes.

Un des changements principaux tient au fait que la charge de la preuve incombe désormais aux caisses. Marc Schlusshuber se souvient :

Le 3 janvier 2002, un jeune homme est arrivé pour être affilié. Il n'avait pas d'activité, était en cours d'inscription au Revenu minimum d'insertion et il semblait être en situation régulière. Nous l'avons donc inscrit d'office, sans justificatif. Évidemment, nous demandons ultérieurement des justificatifs et nous contrôlons les droits, mais pour nous, administration, c'était complètement nouveau.

Même nouveauté pour l'Aide médicale d'État : « Concrètement, lorsqu'une personne en situation irrégulière vient s'inscrire, nous tentons de lui demander le maximum de justificatifs qu'elle peut fournir, mais à l'arrivée, particulièrement dans leur cas, nous devons nous contenter de ses déclarations ». Dans ce département, l'aide médicale d'État a permis de passer de 3 000 personnes en situation irrégulière bénéficiant de soins gratuits à 13 000. Marc Schlusshuber poursuit :

Nous savons qu'il existe encore des personnes qui n'osent pas s'inscrire, de peur que leur situation irrégulière soit démasquée, mais petit à petit, l'information sur ce nouveau droit à une couverture sociale se répand.

La CMU a revalorisé l'image de l'assurance maladie. Désormais, la CPAM fait partie du dispositif de lutte contre la précarité. Aujourd'hui en Seine-Saint-Denis, nous travaillons avec les assistantes sociales départementales, par exemple pour leur signaler les personnes auxquelles la CMU est refusée car leurs ressources sont supérieures au seuil, afin qu'elles puissent être suivies et aidées par d'autres

dispositifs. Nous développons les actions de prévention dans les foyers, les associations, les mairies, nous proposons une permanence téléphonique spécifique. En fait, nous avons renoué le dialogue avec les assurés. Désormais, nous avons vraiment l'impression d'apporter autre chose que du remboursement. La CMU est un système qui demande à chacun, tout au long de la chaîne, de s'impliquer dans une action de solidarité.

Généralement, la mise en place de la CMU a plutôt bouleversé le mode de fonctionnement des caisses primaires. Une étude<sup>13</sup> réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de l'emploi et de la solidarité souligne la difficulté de mettre en place à la fois un accueil « banalisé », afin de ne pas stigmatiser les bénéficiaires de la CMU, tout en étant capable de fournir une réponse adaptée à ces cas particuliers. Certaines caisses n'ont toutefois pas pu, dans un premier temps, recevoir les bénéficiaires de la CMU au même titre que les autres assurés et ont dû mettre en place des accueils spécifiques. Le délai d'inscription à la CMU complémentaire, qui ne doit pas excéder deux mois selon la loi, a également posé problème dans certains sites, confrontés à des problèmes techniques lors de la mise en place.

Le recours à l'aide d'associations, le concours des mutuelles et des sociétés d'assurance, la mise en place de permanences d'accueil dans les hôpitaux, les mairies, les quartiers en difficulté ont permis d'éviter dans certains endroits l'attente aux guichets des caisses.

### **Bénéficiaires : 7,8 % de la population**

Presque deux ans plus tard, au 30 septembre 2001, selon l'étude de la DREES<sup>14</sup>, 1,2 million de personnes bénéficient de la CMU de base, tandis que 4,7 millions, soit 7,8 % de la population, sont couvertes par la CMU complémentaire. Un pic de bénéficiaires a été enregistré en juin 2001, avec 5,3 millions de bénéficiaires. Ce pic est explicable du fait que la loi avait prévu un bénéfice automatique de la CMU pour les personnes ayant droit auparavant à l'aide médicale. Or, une partie d'entre eux ont vu leur situation changer ou alors n'ont pas demandé de renouvellement car ils n'avaient pas besoin de soins. Une part également pouvait bénéficier d'une aide médicale dans un département où le plafond de revenus requis était supérieur à celui de la CMU.

---

<sup>13</sup> BOISGUERIN, B. *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 septembre 2001*. Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2002 (Études et résultats, n° 158).

<sup>14</sup> Ibid.

### Une population jeune et féminine

Une autre étude de la DREES<sup>15</sup> réalisée en novembre 2000 a permis de définir plus exactement les populations visées. Les bénéficiaires de la CMU sont en priorité des femmes (55 %) et des jeunes (39 % ont moins de 20 ans). Six pour cent d'entre eux ont plus de 60 ans et, parmi les personnes en âge d'être actives (de 20 à 59 ans), 40 % sont au chômage. Dans 26 % des cas, la personne référente (celle qui, dans la famille, est inscrite à la CMU et en fait bénéficier les autres) a une activité professionnelle. Enfin, 36 % des bénéficiaires appartiennent à un ménage dont la personne référence est ouvrier, et 27 % un employé. Dans 30 % des cas, la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence n'est pas définie, soit parce qu'elle n'a jamais travaillé, soit parce qu'elle est inactive ou personne au foyer.

Deux ans après, les outils qui permettent d'évaluer l'impact sanitaire de la mise en place de la CMU sont essentiellement les remboursements. Les statistiques de la CNAMTS ont montré qu'en 2000, les dépenses de CMU complémentaire par assuré représentaient 70 % de celles des autres assurés. Début 2001, cependant, elles atteignaient 85 %. Cela peut s'expliquer du fait de la jeunesse, donc la meilleure santé, des populations visées par la CMU. Cependant, si leurs dépenses sont inférieures à celles des autres assurés, elles étaient au départ plus orientées vers les soins de premier recours (médecins de ville, pharmacie) et semblent peu à peu se rapprocher de la consommation de soins de la population générale.

Fin 2000, une étude sur un échantillon de bénéficiaires montrait qu'un bénéficiaire de la CMU sur deux déclarait avoir, avant d'y avoir accès, renoncé à au moins un soin pour des raisons financières. Ces renoncements concernaient essentiellement des soins mal remboursés par la sécurité sociale de base, comme les soins dentaires (31 %), l'optique (25 %), les prothèses dentaires (19 %) et la consultation de spécialistes (10 %). Depuis la CMU, 65 % d'entre eux déclarent avoir entamé au moins un des soins auxquels ils avaient renoncé. Deux tiers ont rattrapé leur retard en commençant des soins dentaires, des traitements médicaux, en consultant des médecins généralistes ou des spécialistes. En revanche, concernant les prothèses dentaires et l'optique, seuls 40 % de ceux qui y avaient renoncé auparavant rattrapent leur retard. Cela s'explique par l'existence d'un plafond de dépenses sur deux ans de 396 (345 USD). La suppression de ce plafond de dépenses pour les soins dentaires début 2002 devrait contribuer à permettre aux bénéficiaires de la CMU de commencer ces soins.

---

<sup>15</sup> BOISGUERIN, B. & GISSOT, C. *L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000*. Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2000 (Études et résultats, n° 152).

Autre élément qui permet de mesurer l'efficacité de la CMU : une moindre fréquentation des centres de soins des organisations humanitaires. Très présentes lors du débat sur la création de la loi et ses décrets d'application, celles-ci continuent de surveiller de près l'impact de la CMU et d'orienter leurs patients vers les caisses primaires. « On constate une nette diminution du nombre de patients dans nos centres, du fait qu'ils peuvent désormais accéder plus facilement aux médecins de ville ou à l'hôpital », note Nathalie Simonot, de Médecins du monde. « Certains ont même progressivement fermé dans les petites villes. Il reste cependant un problème d'information et nous pensons que beaucoup de personnes qui ont droit à la CMU ne le savent pas. » Même remarque du côté de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS), qui constate une baisse perceptible de la fréquentation des centres de soins, mais souligne le manque d'information auprès des personnes qui ne font pas la démarche d'en faire la demande, ainsi que des plus exclues, vers lesquelles il faut aller pour les accompagner dans les démarches.

### Une grande avancée sociale

« La Couverture maladie universelle constitue une grande avancée sociale », concluait récemment un rapport de l'IGAS<sup>16</sup>. Yves Carcenac, coauteur du rapport avec Evelyne Liouville, signale :

L'égalité de traitement, quel que soit le lieu de résidence, et le guichet unique au niveau des caisses de sécurité sociale, semblent apporter une neutralité qui n'était pas toujours ressentie dans le précédent système. Nous manquons encore aujourd'hui de recul pour distinguer clairement un impact sanitaire, mais on sait que les mesures de cette loi, notamment la dispense d'avance de frais, facilitent réellement l'accès aux soins, et il semble qu'on s'oriente vers une harmonisation avec le reste de la population.

Cependant, la centralisation au niveau national soulève de nouveaux problèmes. La difficulté du contrôle en est un pour les administrations. « C'est la contrepartie de l'esprit de confiance de cette loi », explique Yves Carcenac. « On fait confiance aux personnes en acceptant de se fonder sur leurs déclarations. La contrepartie, c'est la possibilité de contrôler. Pour l'instant, nous étions dans une configuration de mise en place. Aujourd'hui, la CMU a atteint son rythme de croisière et ce contrôle devra s'organiser. »

---

<sup>16</sup> CARCENAC, Y. & LIOUVILLE, E. *Première évaluation de l'application de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle*. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001 (Rapport n° 2001, 112).

Autre difficulté rencontrée : les professionnels de santé, sur lesquels repose en partie le fonctionnement de la CMU, puisqu'ils acceptent de ne pas dépasser les tarifs définis par convention, ne jouent pas toujours le jeu. Certains, note le rapport de l'IGAS, refusent les soins aux bénéficiaires de la CMU ou refusent d'appliquer la dispense d'avance de frais, ou encore pratiquent des dépassements d'honoraires. Une des raisons principales avancée est la lenteur du paiement par certaines caisses. Ces retards ne sont cependant pas généralisés, concernent essentiellement les médecins qui ne sont pas informatisés et qui transmettent les demandes de remboursement par courrier et non par informatique. Les caisses primaires s'efforcent actuellement de réduire ces retards. Une autre partie des médecins, notamment les chirurgiens dentistes, sont en désaccord avec les tarifs de prise en charge fixés. Ces refus de soins demeurent cependant relativement marginaux, et la CMU a pour beaucoup simplifié les démarches administratives.

Mais la principale critique de la CMU concerne l'« effet de seuil ». La personne dont les revenus sont au-delà du seuil qui lui ouvre les droits à la CMU, même d'un euro, se retrouve dans la situation de précarité et de non-accès aux soins existant avant la CMU. Certaines personnes bénéficiant d'allocations, telles que les personnes âgées isolées percevant l'allocation minimum vieillesse ou l'allocation adulte handicapé ont un revenu qui se situe un peu au-dessus du seuil, de sorte qu'elles ne bénéficient pas de la CMU complémentaire. Or le taux de cotisation à une assurance complémentaire est, comparativement au coût estimé de dépenses par personne à la CMU complémentaire de 238 (207 USD), nettement plus élevé pour une couverture des frais de santé équivalente. Par ailleurs, dans une dizaine de départements, le seuil d'accès à l'aide médicale était supérieur à celui de la CMU. La CMU les fait donc, en théorie, rétrograder en ne leur permettant pas de bénéficier de cette aide. En théorie car dans les faits, pour éviter un basculement trop brutal de ceux qui bénéficiaient de l'aide médicale vers une situation sans aide complémentaire, des reports successifs décidés par le gouvernement leur ont évité de sortir du dispositif jusqu'à fin 2001 – début 2002. La disposition d'aide à la souscription d'une couverture complémentaire, qui doit se mettre en place en 2002, doit les aider à être accompagnés.

C'est la prochaine étape à franchir dans la prise en charge de la pauvreté par le système de santé français. La CMU a permis de prendre en charge les frais de santé d'une très grande part des plus démunis. Reste ceux qui se trouvent au-dessus de ce seuil.

Les organisations humanitaires proposent de leur côté que soit d'une part relevé le plafond de ressources pour la CMU et que soit d'autre part instaurée une aide dégressive à la cotisation pour une couverture complémentaire en fonction



des revenus. « Si les organismes complémentaires veulent conserver leur monopole », remarque Jean-Claude Boulard, député et rapporteur du projet de loi sur la CMU en 1999, « il faut qu'ils proposent un système de cotisations modulées à partir du seuil de la CMU ». Le rapport de l'IGAS a étudié différents scénarios, allant de l'augmentation du plafond de ressources à la mise en place d'aides à la sortie du dispositif CMU. Il a finalement retenu la mise en place d'aides, reprise par le gouvernement, estimant qu'un relèvement du plafond serait trop coûteux et ne ferait que déplacer le problème de l'effet de seuil.

Malgré quelques difficultés de mise en place et l'émergence de ce problème d'effet de seuil, la CMU constitue néanmoins une avancée incontestable, pour ses bénéficiaires comme pour les acteurs du système de santé. « La particularité de cette loi », concluent Yves Carcenac et Evelyne Liouville, « est qu'en plus d'avoir été mise en place dans des conditions performantes et de faciliter l'accès aux soins des plus démunis, elle a créé un état d'esprit chez la plupart de ses acteurs : chacun a eu à cœur de la faire fonctionner à son niveau. Maintenant, il faut la consolider ». Une nouvelle évaluation de la loi est prévue tous les deux ans et devra permettre de rééquilibrer le système si nécessaire.



# Étude de cas 3

## Le modèle de Mayence : apporter des soins de santé aux sans-abri

*Sigrún Davídsdóttir*

« Vous savez, Herr Doktor, les cachets que vous m'avez donnés ont bien marché. Je me sens beaucoup mieux maintenant ». Rares sont les médecins qui ont l'occasion de rencontrer leurs patients dans une cafétéria et d'entendre des commentaires comme celui-ci, mais cela arrive souvent au docteur Gerhard Trabert. Contrairement à sa pratique normale, où les patients viennent le consulter, c'est lui qui va les voir, et la cafétéria est l'un de ses lieux de consultation. Ses patients sont les sans-abri et les groupes socialement exclus de la ville de Mayence en Allemagne. L'Allemagne n'est pas le seul pays où des sans-abri ne font pas appel aux services de santé ; c'est un phénomène courant dans de nombreux pays. De nombreux services publics sont conçus pour que l'on prenne l'initiative de les utiliser, mais beaucoup de ceux qui ont une santé plus mauvaise que la moyenne ne vont pas voir le médecin. C'est la raison pour laquelle le docteur Trabert va les voir lui-même, dans les centres d'hébergement pour sans-abri, dans des parkings souterrains et dans les rues. Il sait où les trouver, ils savent quand il est dans les parages – et peu à peu, il a gagné leur confiance.

Le docteur Trabert a débuté comme assistant social dans un hôpital. Atterré par les soins médicaux réservés aux sans-abri, et par ce qu'il considérait être l'inertie du système de santé à les prendre en charge, il fit des études de médecine. Il écrivit sa thèse de doctorat, en 1994, sur la situation sanitaire des sans-abri<sup>17</sup>. Mais la recherche ne lui suffisait pas : il voulut mettre en pratique ce qu'il avait appris. Il était convaincu que des soins de santé efficaces pour les sans-abri ne pouvaient passer que par une coopération soigneusement planifiée avec les services sociaux. Le système de santé pouvait apporter sa compétence médicale, mais les services sociaux avaient un rôle important à jouer pour toucher les sans-abri.

---

<sup>17</sup> TRABERT, G. *Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation*. Bielefeld, VSH Verlag Soziale Hilfe, 1995.

Son approche sur la façon d'apporter les soins de santé aux sans-abri a été baptisée le « modèle de Mayence ». Celui-ci se fonde sur une combinaison de travail rémunéré et bénévole et se compose de quatre modules :

- une consultation ouverte, avec un médecin généraliste et une infirmière, dans un foyer de sans-abri ;
- une consultation ouverte, avec un médecin généraliste et une infirmière, dans un centre de jour pour les sans-abri ;
- une consultation ouverte dans une camionnette – *Arztmobil* (« docteurmobile ») – équipée d'une « salle » de consultation à l'arrière, dans les endroits de la ville où se regroupent les sans-abri ; et
- des soins médicaux et palliatifs pour les malades graves ou en phase terminale, dans des foyers de sans-abri.

Les consultations sont organisées à des heures régulières, pour que les sans-abri sachent où et quand demander de l'aide. Un cinquième module, qui permettra d'apporter de l'aide aux sans-abri souffrant de troubles psychiatriques, est en cours de préparation et devrait démarrer dans le courant de 2002, comblant une grave lacune dans ce secteur. Chaque semaine, l'équipe médicale voit entre 50 et 60 patients, soit 80 à 100 contacts avec des consultants.

Gerhard Traber (à gauche) et  
Andreas Pitz



Les services de santé pour sans-abri font partie des services sociaux qui leur sont proposés. Le docteur Traber et Andreas Pitz, responsable du service aux sans-abri au nom de l'association *Diakonisches Werk* (une association d'aide aux démunis dépendant de l'Église protestante d'Allemagne), sont

d'accord pour dire que la clé de la réussite dans ce domaine est une étroite coopération entre personnels de santé et travailleurs sociaux. « La force du modèle de Mayence », explique Andreas Pitz, « c'est que nous coopérons avec toutes les institutions travaillant avec les sans-abri. Pour réussir, ce travail doit être interdisciplinaire ».

L'association (*Armut und Gesundheit in Deutschland*) « Pauvreté et santé en Allemagne » a été fondée en 1997, à la fois pour collecter des fonds en faveur du modèle de Mayence et pour sensibiliser l'opinion au lien existant entre pauvreté et santé. Outre la collecte de fonds et la fourniture de services à la communauté, l'association organise une conférence annuelle sur la santé et la pauvreté et noue des liens de plus en plus nombreux avec d'autres organisations, en Allemagne et ailleurs. « La première réaction », explique le docteur Trabert, « était de dire que la pauvreté n'existait pas en Allemagne, alors à quoi bon avoir une association et une conférence consacrées à ce sujet ». Aujourd'hui, l'opinion a changé, en grande partie grâce au travail de l'association.

Le succès de ce travail est en train de créer un problème qu'il faudra résoudre rapidement : l'ampleur de la tâche devient telle que les bénévoles, à eux seuls, n'arrivent plus à faire face. L'étape suivante consiste à recruter quelqu'un pour gérer le service. Un système permettant de procurer des services aux sans-abri n'est cependant pas une fin en soi. Selon le docteur Trabert :

Notre objectif final est de faire participer le conseil municipal et l'État à la gestion du service, en l'intégrant dans les services de soins existants. Les services de santé destinés aux sans-abri ne devraient pas être une entité séparée, mais une partie intégrante des systèmes actuels : [les services de soins] devraient inclure les sans-abri, pas les exclure. Nous disposons maintenant de dix ans d'expérience, et le modèle a fait ses preuves.

### **Des paroles aux actes**

D'après les statistiques officielles allemandes, il y avait en 1998 environ 700 000 sans-abri en Allemagne, dont environ 180 000 étaient des célibataires sans domicile fixe. Les plus pauvres d'entre eux – environ 31 000 personnes, dont 3 100 femmes – vivent en permanence dans la rue. Ces statistiques, recueillies par le docteur Trabert pour sa thèse sur la santé des sans-abri étaient choquantes, d'autant plus que l'état de santé de ce groupe est en général bien plus mauvais que celui du citoyen moyen.

Il s'est avéré que 80 à 90 % des sans-abri avaient un besoin urgent de soins médicaux, 60 à 70 % souffraient d'une à deux maladies et environ 40 % souffraient de trois maladies ou plus. Les sans-abri souffrent principalement de maladies pulmonaires, intestinales, cardio-vasculaires ainsi que de maladies de la peau. Comme on pouvait s'y attendre, il existe un lien entre le temps qu'ils passent dans la rue et leur état de santé : plus ils ont passé de temps sans abri, plus leur santé est mauvaise. De plus, le nombre de blessures dues aux agressions augmente, la violence contre les sans-abri semblant en effet être un phénomène croissant.

Malgré leur mauvaise santé, les sans-abri consultent rarement les centres de soins. Les recherches du docteur Trabert ont montré qu'ils font très peu confiance au système, qu'ils ont fait de mauvaises expériences, ont peur d'être expulsés et qu'ils sont en général trop gênés pour se rendre dans les centres de soins ordinaires – que ce soit les hôpitaux ou les cabinets de médecin généraliste. Ils trouvent d'autre part que le système est trop bureaucratique, qu'il exige de nombreux documents. Enfin, les sans-abri sont souvent moins conscients de leur corps, et pensent tout simplement qu'ils n'ont pas besoin d'aide médicale, bien qu'ils soient parfois vraiment malades.

Werner Schwarz, le trésorier de l'association Pauvreté et santé en Allemagne, dirige un centre de jour pour les sans-abri à Bingen, dans les environs de Mayence, où une équipe médicale effectue des visites régulières. Il explique : « Il y a des médecins qui sont prêts à aider les sans-abri, mais ces derniers ne veulent pas se rendre dans leur cabinet, parce qu'ils n'aiment pas attendre dans leurs salles d'attente. Les sans-abri ne vont pas voir le médecin et finissent par tomber malades, et même à ce moment-là, il peut être difficile de les convaincre de se faire soigner ». Werner Schwarz sait que, même dans ces conditions, les personnes dont il s'occupe ont tendance à ne pas se présenter ; il essaie donc de les accompagner quand il le peut.

Les personnels de santé sont toujours embarrassés lorsqu'ils reçoivent des sans-abri, souvent sales et malodorants, et ne font pas preuve de beaucoup de compréhension à leur égard. Les médicaments permettant de prévenir une maladie ou de l'empêcher de s'aggraver parviennent rarement aux sans-abri. Il semblerait que la plupart d'entre eux entrent en contact avec le système de santé lorsqu'ils y sont amenés par la police, soit en raison d'accidents, soit parce qu'ils ont été retrouvés complètement désemparés.

Au cours de ses recherches, le docteur Trabert s'est demandé comment on pourrait améliorer les soins de santé pour ce groupe. Il raconte ses expériences dans ce domaine :

Il y avait beaucoup de gens prêts à me dire que ce que je voulais faire ne pouvait passer que par une réforme de l'ensemble du système de santé. Mais je ne pouvais pas attendre si longtemps. Je voulais étudier les possibilités qui s'ouvraient à moi : comment des soins de santé pour les sans-abri pouvaient être organisés avec ce que nous avions sous la main à ce moment-là. Il est très important de chercher de nouvelles solutions dans le cadre du système en place, afin de montrer que l'on peut changer les choses. En cas de succès, cela peut servir d'argument et ouvrir la voie à des changements structurels.

## Le modèle de Mayence : apporter des soins de santé aux sans-abri

---

Ses plans ont été élaborés au cours de l'année 1993 et le travail auprès des sans-abri a commencé en septembre 1994.

### Insuffler de nouvelles idées dans le système

Le système de prévoyance sociale allemand repose traditionnellement sur des organismes publics et des structures de l'Église protestante et de l'Église catholique. De plus, les syndicats ont leurs propres systèmes d'aide. Bien que le modèle de Mayence soit une initiative privée, il s'inscrit dans le cadre de structures d'aide

existantes, à la fois dans le système officiel et au sein de l'Église protestante, reliant ainsi ces structures d'une nouvelle façon. En outre, certaines activités sont réalisées par des bénévoles et il existe une action de collecte de fonds.



*Des patients vivant dans des conteneurs, attendant leur tour de voir le médecin à bord de l'Arztmobil*

Au début, le service était proposé dans des centres d'hébergement pour sans-abri, aussi bien dans les centres de jour que dans les foyers prévus pour la nuit. Mais certaines personnes restaient exclues, celles qui ne se rendaient jamais, ou rarement, dans ces centres, et vivaient exclusivement dans la rue. Pour pouvoir les toucher, il était clair qu'un cabinet mobile était la solution idéale. À l'aide de dons, une camionnette fut achetée et équipée du matériel nécessaire, et on commença les opérations en 1998. Il s'avéra que c'était la partie la plus facile de l'organisation du service mobile. Le problème était qu'aucun des organismes concernés ne voulait en être propriétaire ou la diriger.

C'est pour donner à la camionnette un propriétaire légal que le docteur Trabert et quelques autres ont fondé Pauvreté et santé en Allemagne. Aujourd'hui, non seulement l'association gère la camionnette, mais elle collecte aussi des fonds pour les activités et elle est l'un des organisateurs de la conférence annuelle sur la pauvreté et la santé de Berlin. La conférence et l'association elle-même jouent un rôle de plus en plus important dans la mise en commun et la diffusion des connaissances sur la pauvreté et la santé, en Allemagne et dans les pays voisins. L'objectif est de créer un réseau européen dans ce domaine. « Il existe tant de coopérations au niveau financier en Europe ; il est temps d'organiser une coopération dans le domaine social également », déclare le docteur Trabert.

L'association est également un pôle important pour les activités menées à Mayence, puisque certains de ses membres travaillent dans le cadre du modèle de Mayence, tout en travaillant dans le même esprit dans d'autres domaines également, pour donner une chance à ceux qui sont généralement défavorisés. Par exemple, l'un des membres gère un hôtel à Mayence, l'*Inndependence*, où des personnes handicapées physiques et mentales ont la possibilité de travailler dans une structure commerciale.

### **Un système de santé unique : pas de système à deux vitesses**

Le docteur Trabert aime à répéter ce message.

Nous ne voulons pas créer un système spécial pour les sans-abri, en marge des services de santé ordinaires. Nous ne mettons pas en place des soins de santé spéciaux pour les sans-abri, nous ne faisons qu'en démontrer la nécessité. Notre objectif n'est pas d'avoir un système séparé bien organisé, mais de faire en sorte que le système officiel reconnaisse la nécessité de prendre les sans-abri et leurs besoins particuliers au sérieux, en leur proposant un type de service qui puisse leur être utile.

La structure choisie est une combinaison de travailleurs salariés et de bénévoles. L'équipe médicale se compose du docteur Trabert (qui est aussi professeur en médecine sociale à Nuremberg) et d'Ulrich Graeber, un médecin à la retraite très estimé.

*L'infirmière Anke et le docteur  
Trabert visitent un patient  
habitant dans une caravane*



Le docteur Trabert et Andreas Pitz soulignent que, pour une nouvelle initiative, le choix des collaborateurs est important : il est essentiel non seulement de s'entourer de collaborateurs qualifiés, mais aussi de choisir des personnes qui inspirent le respect et attireront l'attention sur cette nouvelle initiative.

En règle générale, sur la base des accords conclus avec les caisses d'assurance maladie, le docteur Trabert peut faire payer ses prestations par les caisses d'assurance maladie comme n'importe quel autre médecin conventionné. En principe, toute personne qui réside en Allemagne est couverte directement ou indirectement par l'assurance maladie. Par conséquent, l'utilisation du système de santé est normalement prise en charge par les caisses d'assurance maladie.



Les dépenses des indigents et de ceux qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance sont prises en charge par l'État (services sociaux, par exemple) ; cela s'applique aussi aux demandeurs d'asile. Les étrangers en situation irrégulière et les autres personnes non connues des services sociaux ne sont cependant pas couverts de cette façon, mais l'équipe du modèle de Mayence accepte de soigner toute personne qui le demande.

Trois infirmières font partie de l'équipe médicale : sœur Maria-Theresia et sœur Anegret, qui travaillent pour une organisation chrétienne, sont autorisées à consacrer une partie de leur temps au travail avec l'équipe ; la troisième infirmière, Anke, travaille bénévolement avec l'équipe. Andreas Pitz et d'autres collègues fournissent des services sociaux dans le cadre des foyers de sans-abri.

Le premier obstacle rencontré par le docteur Trabert lors de la planification de ce service d'un type entièrement nouveau a été une loi remontant à une époque où les charlatans posaient un véritable problème ; en vertu de cette loi, les médecins n'ont le droit de pratiquer la médecine que dans un lieu fixe. L'intention du docteur Trabert d'aller offrir ses services aux patients à l'extérieur de son cabinet était contraire à cette loi, et il lui fallut un certain temps pour contourner le problème. Aujourd'hui, toutefois, le modèle de Mayence est en dehors du système de santé ordinaire, bien qu'il bénéficie du fait que le docteur Trabert puisse facturer ses services au système de santé, comme n'importe quel autre médecin.

L'établissement des documents nécessaires est une part essentielle d'un bon service de soins. Le docteur Trabert et ses collaborateurs s'appliquent à remplir minutieusement les documents voulus lors de chacune de leurs visites aux patients – en y accordant autant de soins que pour les visites effectuées dans le cadre du système de santé. Cela permet de parer à toute critique éventuelle sur le fait que le service proposé est de moins bonne qualité que celui du système de santé établi.

Un élément important de ces documents est le *Krankenpass*, le carnet de santé du patient. Les patients faisant usage du modèle de Mayence se plaignaient de ce qu'il leur serait difficile de convaincre d'autres médecins éventuels du fait qu'ils avaient déjà consulté quelqu'un. D'autres avaient du mal à se rappeler les traitements qu'ils avaient reçus de l'équipe du docteur Trabert. Pour répondre à ces besoins, un petit livret cartonné a été conçu ; il renferme la liste des vaccinations et autres informations médicales nécessaires.

### Rencontrer les patients

« C'est bien qu'on ait aussi le droit de mourir ici », a dit un sans-abri qui fréquente assidûment un centre d'hébergement lorsqu'il a entendu dire que l'on

proposait désormais des soins palliatifs aux malades en phase terminale. La gratitude de ceux qui bénéficient du service est évidente : « Oh oui, je me débrouille toujours pour être là quand je sais que Herr Doktor va passer », dit un homme à l'air bourru, le visage tanné, encadré de longs cheveux gris et d'une barbe en bataille vivant dans le groupe de conteneurs situé à deux pas du centre social de Mayence. « Avant, je n'allais jamais voir le médecin, même si j'en avais besoin ; c'est toute une histoire, parce que je bouge, aussi. Mais ça, c'est bien. »

Les conteneurs sont déposés à l'automne par la municipalité et restent en place pendant tout l'hiver, pour que les sans-abri puissent y dormir. Ils ne sont équipés que de couchettes, mais les occupants ont vite fait de les meubler avec tout le nécessaire. Certains d'entre eux sont même très confortables, avec des postes de télévision, des couvre-lits et des tapis. Pendant que les conteneurs sont en place, le docteur Trabert les visite régulièrement.

*Un patient avec le docteur Trabert,  
dans une cafétéria fréquentée  
par les sans-abri*



Quand on lui demande s'il profite du service de soins qu'on lui apporte, un homme grand et maigre, les cheveux jusqu'aux épaules, répond : « On les connaît... Je sais que je peux leur faire confiance, et le docteur est

gentil. Il nous connaît bien. La confiance, ça change tout ».

Dans la cafétéria des sans-abri, le docteur Trabert est à l'évidence un visage familier. Quand il arrive et fait le tour de la salle pour annoncer sa visite, certaines des personnes présentes se lèvent et sortent pour se rendre à la camionnette. Certains lui posent simplement quelques questions, comme le grand barbu à l'air jeune, qui voudrait savoir comment se débarrasser des poux qui sont dans son sac de couchage et sur son chien. D'autres lui expliquent que le médicament qu'il leur avait prescrit la dernière fois leur a fait du bien.

Dès que le docteur Trabert est monté dans la camionnette, les gens commencent à faire la queue dehors. Chacun à son tour, les hommes montent dans le véhicule, expliquent ce qui ne va pas ; le médecin leur pose des questions pertinentes, l'infirmière prend leur tension et effectue d'autres tests. On oublie vite que la consultation a lieu dans un cabinet inhabituel. À l'exception du cadre, tout se passe comme chez n'importe quel autre médecin.

« Je viens ici quand j'ai besoin de voir le médecin » dit un homme trapu, expliquant qu'il dort dans la rue depuis six mois. Cette fois, c'est son estomac



qui le fait souffrir. On lui avait déjà prescrit une gastroscopie, mais il ne s'était pas présenté au rendez-vous. Il envisage maintenant de réessayer, ses douleurs s'étant intensifiées. Il est alcoolique et sait que c'est la cause de ses problèmes. Les ordonnances délivrées aux sans-abri concernent des vitamines et des médicaments ordinaires, tels que des bêta-bloquants, mais jamais de médicaments qui pourraient faire l'objet d'abus comme les calmants, les analgésiques ou les somnifères.

Dormir dehors est un mode de vie difficile, avec très peu de contacts humains. Les hommes apprécient incontestablement les soins prodigués par l'infirmière, tels qu'un massage ou d'autres attentions presque « maternelles », le tout faisant partie du service offert. Le docteur Trabert insiste sur le fait que le travail de l'équipe concerne les aspects médicaux et ne constitue pas une tentative de « resocialisation » des sans-abri. « Nous acceptons le fait que les gens vivent dans la rue, bien que nous soyons prêts à les aider à trouver un logement permanent s'ils le souhaitent », explique le docteur Trabert. Cette acceptation de leur mode de vie est indubitablement l'une des raisons du succès que connaît l'équipe médicale et un facteur essentiel pour gagner la confiance des patients. Mais cette attitude tolérante demande beaucoup de patience – par exemple pour persévérer à contacter le système de santé pour prendre des rendez-vous au nom des patients, alors que, souvent, ceux-ci ne s'y rendent pas.

### **Publicité : faire de bonnes actions et le faire savoir**

« L'attitude envers les bonnes actions est souvent la suivante : faites le bien, mais n'en parlez à personne » explique Andreas Pitz. « Mais dans notre travail, moi je prétends que nous devons faire le bien et en parler au plus grand nombre possible ». « Dès le début, la publicité a été une part importante du modèle de Mayence, à la fois parce qu'elle permettait de sensibiliser l'opinion à un problème qui n'était généralement pas reconnu et parce que le travail dépendait des dons. »

La publicité est réalisée par l'intermédiaire de l'association Pauvreté et santé en Allemagne. « Il est important de sensibiliser les gens au fait qu'être sans-abri n'est pas seulement dû à l'alcoolisme ou au refus de travailler » dit le docteur Trabert. « Les gens peuvent s'égarer sur les chemins de la vie pour de multiples raisons ; ne jugez donc pas trop vite les sans-abri ». Le docteur Trabert visite fréquemment les écoles de Mayence et de la région pour parler du service de soins pour les pauvres, pour faire connaître ce travail. C'est important pour susciter la sympathie, la compréhension et la tolérance envers les sans-abri chez les enfants et les jeunes, d'autant plus maintenant que l'hostilité envers les sans-abri semble s'intensifier.

La publicité pour le modèle de Mayence, dans la ville elle-même et dans les villes avoisinantes, a notamment permis d'obtenir des dons. Lorsqu'ils ont un anniversaire à célébrer, ceux qui souhaitent venir en aide à Pauvreté et santé en Allemagne font savoir à leur famille et à leurs amis qu'au lieu de leur offrir des cadeaux et des fleurs, ils préfèrent que l'on fasse un don à l'association. Cela illustre à quel point l'association et son travail sont désormais bien établis à Mayence. Mais l'argent provient parfois aussi de sources inattendues : le chanteur britannique Phil Collins a fait don de 100 000 € à l'organisation caritative allemande Caritas Verband, gérée par l'Église catholique allemande. De cette somme, Pauvreté et santé en Allemagne a reçu 10 000 € pour le cabinet de consultation mobile.

La plupart des dons proviennent de particuliers. Selon Werner Schwarz :

Il est difficile d'obtenir pour les sans-abri des dons en espèces, voire en nature, de la part des sociétés. Les entreprises souhaitent que leurs dons soient visibles et nous avons du mal à leur procurer ce type de visibilité. La camionnette doit être facile à repérer, donc nous ne pouvons pas la recouvrir d'affiches publicitaires. Et puis il y a des sociétés, comme les constructeurs de voitures de luxe, qui ne pensent pas que les sans-abri cadrent bien avec leur image de marque. Mais les particuliers ont souvent beaucoup moins de réticences à faire des dons.

La publicité ne sert cependant pas uniquement à attirer les dons et à sensibiliser les gens au problème ; elle ouvre la voie au changement de mentalité parmi les responsables politiques. Comme le dit le docteur Trabert, « la publicité est nécessaire non seulement pour collecter des fonds, mais aussi pour faire pression sur les responsables politiques et les amener à prendre des mesures en faveur des sans-abri. Les sans-abri sont souvent abandonnés par la classe politique parce qu'ils ont tendance à ne pas voter ».

### **Le prix du succès**

Le modèle de Mayence s'est avéré être une réussite, dans ce sens qu'il touche un groupe cible qui n'allait auparavant pas demander de l'aide. Il existe maintenant une demande croissante de la part des villes avoisinantes, qui souhaiteraient que les services soient étendus à leurs communes également ; d'autres réclament des informations pour tirer profit des expériences réalisées par le groupe à l'origine du modèle de Mayence.

Le docteur Trabert et Andreas Pitz sont d'accord sur le fait que la priorité est désormais d'engager un salarié à plein temps. « Nous approchons rapidement du point de rupture, où le service ne pourra plus être pris en charge uniquement par des bénévoles et des personnes travaillant à plein temps

ailleurs », explique le docteur Trabert. « Nous en sommes bientôt arrivés au point où nous n'arriverons plus à faire face », ajoute Andreas Pitz.

Ce qui serait nécessaire, c'est une personne qui serait rémunérée pour superviser et organiser le service, procurer les instruments nécessaires, entretenir la camionnette et synchroniser le travail de publicité. « Ce n'est pas facile de trouver quelqu'un qui soit assez ouvert pour prendre en charge le travail d'information et de collecte de fonds, tout en étant capable de s'occuper de la gestion quotidienne du service ; mais c'est ce genre de personne que nous recherchons » dit Andreas Pitz. « Et cette personne devra être recrutée à un poste rémunéré à plein temps. Le service est devenu trop important pour être géré au jour le jour par nous-mêmes, alors que nous travaillons tous à plein temps ailleurs. »

« Ce qui nous manque, par exemple, c'est le temps, maintenant, de nous retrouver autour d'une table pour passer en revue nos expériences et parler de nouvelles méthodes de travail. Nous fonctionnons trop dans le court terme, parce qu'il n'y a pas assez de temps pour penser à long terme », explique le docteur Trabert. L'équipe a tendance à consacrer tout son temps à voir les patients et à s'occuper de tout ce qui est nécessaire pour fonctionner au jour le jour. Les efforts devront désormais être consacrés aux moyens de recruter un coordinateur : un problème somme toute assez satisfaisant, puisque c'est en quelque sorte la preuve du succès du modèle de Mayence.



# Étude de cas 4

## Soins de santé et réinsertion sociale des pauvres : exploration de nouvelles voies dans les collines de Buda en Hongrie

*Katalin Zoldhegyi*

Pour parvenir à l'hôpital-sanatorium de pneumologie Korányi, situé dans la partie occidentale de Budapest, à la limite de Budakeszi, il faut emprunter pendant une demi-heure une route magnifique, serpentant à travers collines et pinèdes. L'hôpital lui-même a plus de cent ans. Il fut fondé par Sándor Korányi, le premier médecin hongrois à traiter la tuberculose. L'hôpital était financé par des subventions publiques et continue aujourd'hui de traiter tous les membres de la communauté, acceptant des patients que des établissements de santé dans d'autres parties de la Hongrie sont réticents à prendre en charge.



*L'hôpital de pneumologie Korányi dans les collines de Buda en Hongrie*

Il faut monter l'escalier d'au moins 100 marches qui mène au sommet de l'une des collines pour arriver au bâtiment L. Ce bâtiment abrite un service spécial qui donne des soins aux patients défavorisés et gravement malades de Budapest et des environs. Il s'agit d'un service réservé aux sans-abri, au sein de l'hôpital de pneumologie. La condition de sans-abri est associée à de nombreux problèmes de santé, de la simple faiblesse du système immunitaire aux maladies chroniques telles que la tuberculose. Les patients de cette partie de l'hôpital

sont aussi alcooliques. Conscient des liens existant entre les problèmes médicaux et sociaux, l'hôpital a mis en place un programme de traitement d'ensemble. Pendant qu'un patient tuberculeux se remet de la maladie et, si nécessaire, suit une thérapie contre l'alcoolisme, son problème de domicile est résolu grâce à un programme de relogement innovant.

*Le bâtiment L, qui abrite le service de soins pour sans-abri alcooliques et tuberculeux*



Nous avons effectué une série de visites à l'hôpital Korányi, et en particulier au bâtiment L, au début de 2002, afin d'en apprendre davantage sur les services réservés à ce groupe social.

### Travailler avec les patients

À l'intérieur du bâtiment d'un étage, il faut emprunter un long couloir pour accéder au bureau des médecins. Les portes des chambres qui donnent sur ce couloir sont ouvertes, tout comme les fenêtres du couloir et des chambres, bien que nous soyons au mois de février.

Le docteur Éva Salamon, la jeune femme médecin qui doit nous parler du programme de soins, n'a pu se libérer que pour une heure. Il n'est pas facile de trouver du temps libre pendant les heures de travail, car les patients, qui sont hospitalisés durant une période pouvant aller jusqu'à 12 mois et plus, ont soif de parler, d'échanger des idées, bref de communiquer avec les médecins et les autres membres du personnel à chaque fois qu'ils en ont l'occasion.

Le service antituberculeux a été fondé à la fin des années 1980 par un médecin-chef de l'hôpital Korányi, László Levendel. Dès le milieu des années 1990, il s'est avéré que de plus en plus de patients tuberculeux étaient aussi sans-abri et avaient de graves problèmes d'alcool.

Trois médecins travaillent actuellement dans ce service, qui compte 40 lits. En 2001, les médecins du service et sept infirmières ont soigné 157 patients sans-abri, tuberculeux et alcooliques<sup>18</sup>. Selon le docteur Salamon, le service

---

<sup>18</sup> L'auteur est reconnaissant au professeur Dezso Kozma, de l'hôpital Korányi, qui lui a fourni la plupart des données citées dans cette étude de cas. Certaines statistiques ont également été fournies par le service de méthodologie de l'hôpital Korányi, extraites des annuaires de 2000 et 2001.

antituberculeux a obtenu de bons résultats : seulement 17 % des patients sans-abri contractent à nouveau la tuberculose. Ce chiffre semble très élevé, mais elle ajoute : « Cela signifie aussi que 83 % des patients ne sont pas réinfectés ». Le docteur Salamon ne peut pas suivre les progrès de tous les patients une fois sortis de l'hôpital, mais elle estime que la majorité d'entre eux se débrouillent pour trouver un logement quand ils s'en vont. Avant de leur délivrer une autorisation de sortie, l'une des tâches les plus difficiles des médecins consiste à s'assurer que les patients finissent le traitement. Comme l'explique le docteur Salamon :

[Ils] perdent patience ou bien ils ne veulent pas prendre de médicaments régulièrement pendant six mois ou plus, même s'ils en ont besoin. Malheureusement [certains] patients abandonnent [leur traitement]. Dans ce cas, on emploie le traitement forcé. La conséquence de l'interruption du traitement est que le patient est alors infecté par une bactérie qui ne réagit pas aux médicaments ordinaires. ... Si quelqu'un est infecté par cette souche résistante, il peut très bien ne pas s'en sortir, car c'est très difficile à soigner.

Le docteur Ágnes Kádár travaille à temps partiel dans le service. Elle travaille aussi à l'Institut d'addictologie de Budapest. En sa qualité de médecin-chef, le docteur Salamon est également responsable d'un autre service antituberculeux de l'hôpital Korányi, celui dans lequel elle se trouve au moment de notre visite. Le docteur Kádár a commencé à travailler dans le service pour les sans-abri il y a quatre ans. À la fin de la première année, deux de ses collègues ont quitté le bâtiment L. C'est un problème administratif courant, car soigner des hommes et des femmes sans-abri, à problèmes, anciens alcooliques et, le plus souvent, toxicomanes, ce n'est pas une perspective très réjouissante pour des médecins récemment diplômés.

Ce lundi matin-là, le docteur Kádár est très contrariée. Deux de ses patients tuberculeux ont quitté l'hôpital pendant le week-end et, après quatre mois de sobriété, ils se sont tous les deux laissés aller à boire abondamment dans un café situé à proximité. Bien que le règlement les oblige à prendre un médicament qui rend malade si l'on consomme de l'alcool, ces deux patients en ont quand même bu pendant le week-end et étaient dans un piteux état à leur retour au bâtiment L. « C'est ce qu'il y a de plus difficile pour moi », dit le docteur Kádár. « Lorsque des patients 'fuguent' pour trouver de l'alcool, j'ai l'impression que mon travail ne sert à rien. Je suis vraiment déprimée. »

Au même instant, un autre patient entre dans son bureau, pour « négocier » une autorisation de sortie jusqu'au soir. Un vieil ami est venu le voir et lui a demandé de venir l'aider dans son travail à Budapest. Le docteur Kádár désapprouve, mais le patient ne baisse pas les bras, l'implorant de le laisser aller

en ville et promettant de ne pas boire d'alcool. « J'ai déjà essayé la dernière fois », dit-il. « Cela m'a amplement suffi. J'ai bu deux verres de bière et j'ai failli en mourir. Je n'ai plus envie de boire de l'alcool. Je prends les cachets anti-alcool et je sais ce que cela veut dire de boire quand on les prend. Je ne boirai pas. Je le promets. »

Après l'avoir écouté supplier et promettre, le docteur Kádár autorise le patient à sortir. Elle explique sa décision :

Je devais le laisser partir. Il vit ici depuis six mois. Au cours de l'une de ses brèves sorties de fin de semaine, il a effectivement bu quelques bières et il a été vraiment malade. Donc, je dois lui faire confiance. Vous savez, nous devons aussi être de bons psychologues. Je dois lui donner une chance de me prouver qu'il est digne de confiance, qu'il est capable de changer. Sinon, son attitude risque de devenir négative au cours du traitement, ce qui risque de nuire à ses chances de guérir complètement, ou bien à l'ambiance dans sa chambre, qu'il partage avec trois autres patients. Je ne peux rien faire, sinon prier pour lui et espérer qu'il revienne sobre et avec une estime de soi renforcée.

L'atmosphère du service semble être à l'évaluation et au jugement permanents des patients, afin de déterminer la mesure dans laquelle on peut ou non leur faire confiance. Ils ont tous été plus ou moins toxicomanes, mais ils suivent tous un traitement. C'est un étonnant mélange d'espoir et de déception, avec quelques succès de temps à autre.

### Dépistage de la tuberculose

Généralement, il n'existe pas de statistiques sur le nombre de tuberculeux parmi les sans-abri, qui permettraient d'évaluer le succès de l'hôpital, mais le docteur Kádár affirme que ce nombre est en augmentation. La création de ce service antituberculeux est une réaction à cette hausse.

En Hongrie, quand un sans-abri veut se rendre dans un centre d'hébergement pour y passer la nuit, il doit se soumettre à un dépistage pulmonaire. S'il s'avère que la personne est atteinte de tuberculose, elle est tenue de se rendre dans un dispensaire réservé aux tuberculeux et se trouve dans l'obligation légale de se faire soigner. Mais la plupart des hôpitaux refusent les sans-abri. En théorie, ils sont censés accepter tous les patients, mais en pratique, ils préfèrent transférer les sans-abri tuberculeux à l'hôpital de pneumologie Korányi, en raison du programme spécial du bâtiment L.

Par expérience, le docteur Kádár peut affirmer : « Être sans-abri signifie aussi être alcoolique », et être sans-abri et alcoolique, cela signifie presque automatiquement contracter la tuberculose. Elle ajoute : « 98 % de nos patients



sont de gros buveurs. Ils sont ici pendant de nombreux mois de l'année. Nous ne les laissons sortir que s'ils sont complètement guéris à la fois de la tuberculose et de l'alcoolisme. Nous entretenons des liens étroits avec des établissements de postcure et des organismes qui se chargent du suivi des patients sans-abri guéris ». Mais une autre réponse décevante nous attend : celle à la question concernant le nombre des patients guéris de la tuberculose qui sont réinfectés. Si la question s'applique à ceux qui retournent vivre dans la rue, le docteur Kádár répond : « Presque tout le monde ».

Le médecin-chef adjoint de l'hôpital Korányi, le professeur Dezso Kozma, aborde la situation globale de la tuberculose en Hongrie. Il explique que la tuberculose a toujours été la maladie des pauvres, mais personne ne pouvait prédire qu'après les bouleversements politiques de la fin des années 1980, le nombre de tuberculeux monterait en flèche en Hongrie. Entre 1990 et 1995, le chiffre a augmenté de 20 %, puis s'est stabilisé à la fin des années 1990. D'après les données les plus récentes à la disposition de l'OMS en 2000, la Hongrie comptait 31 tuberculeux pour 100 000 habitants<sup>19</sup>. Au cours de l'année 2000, 3 073 nouveaux malades ont été enregistrés. Un an plus tard, en 2001, le nombre de nouveaux cas a augmenté légèrement pour atteindre 3 320. Dans les comtés hongrois les plus pauvres, dans l'est du pays, les taux de notification de cas de tuberculose sont deux fois plus élevés que ceux des comtés de l'ouest de la Hongrie (50 pour 100 000 habitants).

« La cause principale de ce nombre croissant de malades atteints de tuberculose active peut être trouvée dans les changements socioéconomiques », explique le professeur Kozma. Il ajoute :

Certains groupes de gens vivent dans des conditions [économiques] qui s'aggravent. Il y a davantage de gens pauvres qu'avant, davantage de sans-abri et de chômeurs. Il y a des différences importantes entre les régions du pays. Les comtés de l'est, comme Szabolcs-Szatmár, près de la frontière roumaine, et la région de Budapest ont toujours eu, et ont encore, le plus haut taux de nouveaux cas déclarés. Nous considérons que les sans-abri et les alcooliques sont un groupe à haut risque d'infection par la tuberculose. Il y a trois ans, nous avons constaté que la fréquence de la tuberculose parmi les sans-abri était supérieure de 44 % à celle de la population normale. En 2000, cette fréquence a baissé. Elle n'était plus supérieure que de 25 %, ce qui reste encore très élevé.

En Europe occidentale, l'incidence de cette maladie est considérablement plus faible (de 10 à 15 pour 100 000 habitants) qu'en Hongrie et dans d'autres pays de l'ancien bloc soviétique, notamment la Roumanie, où l'incidence de la

---

<sup>19</sup> Base de données informatisées sur les maladies infectieuses (CISID) (<http://cisid.who.dk>, consultation le 10 juillet 2002).

*Séance de thérapie à l'hôpital  
Korányi*



tuberculose est la plus forte d'Europe.

À l'hôpital Korányi, la séance spéciale de la semaine va commencer dans la salle commune. Tous les mercredis, tous les patients sans-abri se réunissent pour un

programme de formation sur l'autodéveloppement. La séance est dirigée par Géza Zánkay, un psychologue à la retraite. Bien qu'il ait plus de 60 ans, il vient toutes les semaines pour rencontrer les sans-abri et travaille pour l'hôpital depuis 15 ans. Il démarre la réunion par une série de questions de routine sur la nourriture et la propreté dans les chambres. Répondant aux questions générales, certains des patients commencent par se plaindre de la qualité et de la quantité des repas, mais la discussion passe bientôt à leur manque de liberté. Ce qui amène rapidement à l'un des problèmes centraux : l'interdiction de l'alcool.

« Vous voulez adorer deux dieux : celui de la sobriété et celui du delirium » répond Zánkay au groupe de patients évoquant « autrefois ». Quand ils se retrouvent avec leurs camarades, ils partagent « des moments de détente agréables avec des amis et une bouteille ». Dans le bâtiment L, l'alcool est interdit et la prise d'un médicament entraînant des malaises en cas de consommation d'alcool est prescrite par le règlement du service. La discussion se poursuit : un patient critique les gens qui abusent de la gentillesse des autres, un autre parle du manque de perspectives que leur offre leur existence à l'hôpital. Mais ces discussions ne découragent pas Zánkay. Il souligne que la principale tâche de tous les participants consiste à résoudre leur problème d'alcool en même temps que celui de la tuberculose. « Si vous ne voulez pas entrer dans le système, je peux vous y forcer », dit-il, faisant référence à la loi de 1961 sur la tuberculose.

Zánkay demande à l'un des patients, Feri, de parler du travail qu'il vient de commencer les fins de semaine dans une école. Cet homme, d'âge mûr, est en seconde phase de traitement et a commencé à travailler un peu en dehors de l'hôpital. C'est une bonne introduction à la question de la réinsertion et cela apporte une note d'espoir à la séance. Feri raconte :

J'avais un appartement et un travail quand j'ai commencé à boire. Je suis sans-abri depuis 4 ans maintenant. Aujourd'hui, je touche une rémunération de 10 000 forints [35 USD] de l'école. Cela m'a fait réfléchir. Beaucoup de gens croient que quelqu'un les aidera. C'est faux. Il faut s'aider soi-même. Personne ne fera les choses à notre place. J'ai dû faire des heures de queue pour obtenir un rendez-vous avec le maire de Budakeszi. Mais il me l'a accordée. Et j'ai eu un emploi de fin de semaine. Bon, pour le moment, comme je suis en traitement, je gagne suffisamment. Mais j'ai vraiment l'impression d'avoir mon avenir bien en main si je guéris complètement. Je vois les choses du bon côté et c'est un grand pas !



*Géza Zánkay, psychologue*

De façon inattendue, tous les autres patients l'applaudissent. Géza Zánkay renforce cette réaction positive par une citation biblique : il ne faut pas donner un poisson à autrui mais lui apprendre à le pêcher lui-même. La discussion se poursuit sur divers sujets ayant trait aux différents aspects de leur avenir.

Le docteur Kádár et le docteur Salamon participent à une séance avec le docteur Alíz Erdélyi, le psychiatre du service. Ils laissent parler les patients, les observent et étudient les réactions qu'ils ont les uns à l'égard des autres. Après la séance, Géza Zánkay dit :

Je voudrais réapprendre à ces patients sans-abri à se battre pour leur existence. Je veux qu'ils soient convaincus qu'ils peuvent retrouver un métier, un conjoint. Ce sont des gens très vulnérables et peu sûrs d'eux-mêmes. Ils boivent pour effacer leurs inhibitions et soulager leur stress. Ceci est une séance de thérapie. Dans le groupe, je dois trouver un thème qui crée une tension. Je dois les provoquer. Je dois leur donner l'occasion de réaliser qu'ils sont capables de résoudre leurs propres problèmes en analysant, en s'exprimant, en communiquant.

Pour l'hôpital, la solution de facilité serait de se contenter de soigner la maladie et de laisser partir le patient, mais ces séances de thérapie font partie d'une approche d'ensemble à l'hôpital Korányi, où en raison de l'interdépendance des problèmes tous doivent être traités.

## Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté

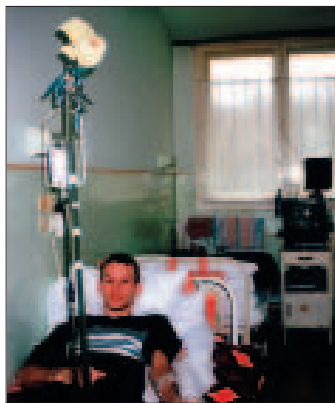
---

Certains patients ont des séances psychopédagogiques particulières avec le docteur Erdélyi. Ces séances ont lieu en privé, mais après une séance de 30 minutes, le docteur Erdélyi a la possibilité de parler de son expérience avec les patients sans-abri tuberculeux. Elle explique :

Ils sont en général incapables de résoudre leurs problèmes tout seuls. Ils fuient les problèmes auxquels ils ne sont pas capables de faire face. Mon rôle principal est de les motiver. La plupart d'entre eux ne veulent pas rentrer chez eux ou retourner dans la rue, ils ne veulent pas travailler ni assumer la responsabilité de leur propre avenir.

Je travaille ici depuis sept ans. Ce qui me préoccupe le plus, c'est ce qui leur arrivera quand ils seront guéris de la tuberculose et qu'ils sortiront de l'hôpital Korányi. Où iront-ils ? En général, les patients font des rechutes subites. Ils ne savent pas cinq minutes avant qu'ils ont envie de boire. Et puis cinq minutes plus tard, ils se retrouvent dans un café.

*András reçoit des soins*



L'hôpital Korányi admet des patients venant de toute la Hongrie. Ils vivent dans des chambres à trois ou quatre pendant des mois. Tous prennent de l'Esparal pendant leur séjour, ce qui cause de nouveaux problèmes. András, 28 ans, a bu de l'alcool alors qu'il était sous médicament et il a maintenant besoin d'un traitement supplémentaire. Son histoire est celle d'une déchéance progressive :

Malheureusement, mon couple n'a pas tenu. Je suis devenu sans-abri. Mes conditions de vie ont complètement changé. Je n'avais rien contre l'alcool. J'ai commencé à boire beaucoup, j'ai commencé à dormir dans différents foyers et asiles pour sans-abri et je buvais de plus en plus. Je n'avais jamais eu de problèmes de santé avant.

Mon problème de tuberculose est apparu lorsque je suis allé faire un dépistage pulmonaire, parce que les foyers pour sans-abri exigent des documents remis à jour tous les six mois. Je n'avais jamais eu de problèmes avant. Mais mon dernier examen a montré qu'il y a des lésions dans mes poumons. Après plusieurs examens, la conclusion est que je suis atteint d'une forme virulente de tuberculose.

Le camarade de chambre d'András, Péter, est heureux parce qu'il a toujours sa famille, qui continue de le soutenir pendant son traitement à l'hôpital. Péter explique : « Je ne peux pas dire que je ne bois jamais. Des fois, je bois un vin panaché, mais jamais trop. Je ne suis jamais ivre. Je prends soin de moi, parce que je suis tuberculeux, mais je n'ai pas d'argent pour de l'alcool, et ma

famille – qui m’a laissé revenir – m’arracherait les yeux si je me remettais à boire ».

Pensant à l’avenir à long terme de ses patients, le docteur Salamon a fondé une organisation qui aide les sans-abri guéris à se réinsérer dans la société. En tant que présidente de l’Association pour la santé et



*Un foyer et lieu de travail pour tuberculeux guéris*

la réinsertion sans alcool, elle collecte des fonds pour aider les patients guéris. Elle a réussi à faire participer l’Église adventiste et a établi une fondation finançant le logement de 40 patients – tous anciens tuberculeux, alcooliques repentis et anciennement sans-abri. L’une des maisons de la fondation se trouve à Budakeszi, à trois arrêts de bus de l’hôpital Korányi.

La méthode pédagogique du docteur Salamon n’est pas seulement médicale et sociale ; son attitude humaine envers eux fait également partie de leur réinsertion globale. Elle commente :

Parfois, les sans-abri sont vraiment surpris quand ils voient qu’on les traite comme des êtres humains, parce qu’ils se sont fait marcher dessus, expulser et sont interdits de séjour partout ailleurs. Le simple fait qu’on les considère comme des personnes, cela suffit à gagner leur confiance et à commencer à travailler avec eux... Mais quand il est temps de leur dire au revoir, du point de vue médical, je me fais toujours du souci en me demandant s’ils sont assez forts pour dire non à l’alcool et aux vieux amis. J’espère que, dans nos maisons et nos ateliers protégés, ils seront plus forts qu’ils ne le seraient sans appui.

László, un tuberculeux alcoolique guéri, n’a pas touché à l’alcool depuis 1994. Il se tient devant la grande maison bâtie par la fondation. Il explique : « Il y a 40 ex-tuberculeux, ex-alcooliques et ex-sans-abri ici. Tout le monde travaille. Le travail est obligatoire dans ces maisons de la fondation. Les emplois sont trouvés par le service antituberculeux de l’hôpital Korányi, par le docteur Salamon ou par l’Église adventiste. Nous avons une règle stricte : si quelqu’un boit de l’alcool, il doit quitter la maison dans les 24 heures. C’est LA RÈGLE ! »

Les anciens patients sans-abri ont construit ce bâtiment. Ils ont posé les briques et mélangé le mortier. Ils ont fait la charpente et peint les murs. En se servant des compétences de certains patients et en les améliorant pour d’autres, le programme les aide à se préparer à l’emploi. Les 40 sans-abri guéris vivent dans les nombreuses chambres du bâtiment pendant 2 à 3 ans. Pendant cette

## Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté

*László avec un certificat témoignant de la construction de maisons pour sans-abri, remis par le ministre de la jeunesse et des sports*



période, ils mettent de côté autant d'argent que possible pour refaire leur vie quand ils partiront. Ils travaillent 6 ou 8 heures par jour, ils participent aux frais communs, tels que le chauffage, l'eau et l'électricité, et gardent le reste pour eux. La plupart d'entre eux font du jardinage ou sont hommes à tout faire dans des écoles, mais certains d'entre eux ont un métier, comme charpentier ou autre chose dans le secteur de la construction.

Ces travailleurs, qui font partie du groupe des patients guéris de l'hôpital, se rendent dans différents quartiers de Budapest pour leur travail, mais certains des patients plus âgés ou moins robustes travaillent dans

l'atelier de matières plastiques du bâtiment.

*Atelier de matières plastiques pour tuberculeux guéris*



M. Rudas est prêt à quitter la maison. L'année dernière, il a demandé à la fondation de l'aider à trouver un emploi et un logement pour trois ans. Il a obtenu ce qu'il voulait. Il dit que ni l'alcool ni ses camarades de beuverie ne lui manquent. « La fondation m'a donné un endroit où je peux travailler. J'aime travailler et je suis fier de vivre dans une maison que j'ai construite de mes propres mains. J'aimerais écrire mon histoire dans un livre. Et surtout, je veux éviter mes anciens camarades de beuverie. »



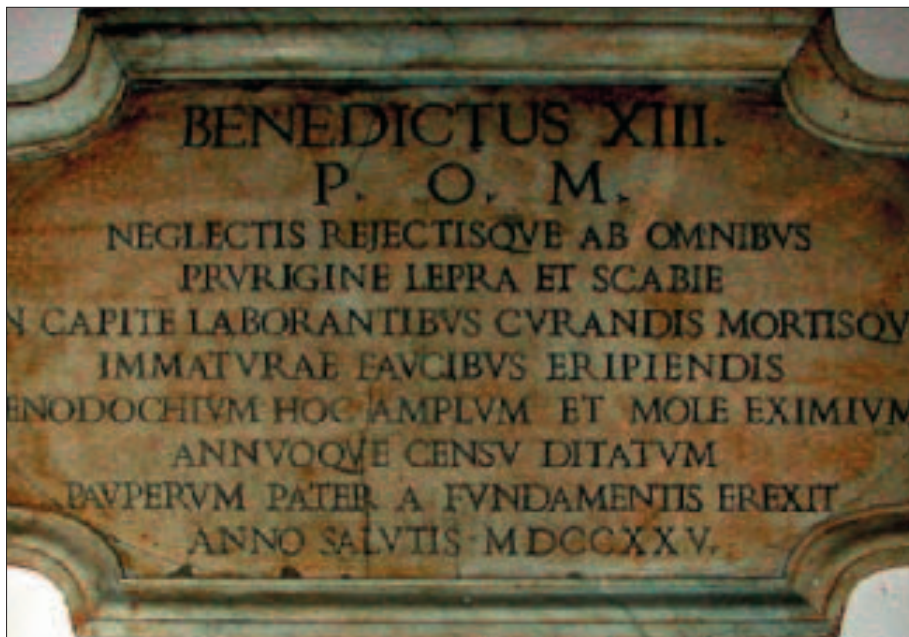
# Étude de cas 5

## Du dysfonctionnement de l'information et de l'ignorance à la reconnaissance et aux soins : les immigrés et les sans-abri à Rome (Italie)

*Dario Manfellotto*

En l'an de grâce 1725, le pape Benoît XIII décida de construire l'hôpital San Gallicano, afin d'aider et de soigner les pauvres et les exclus ainsi que tous les pèlerins venant à Rome et atteints de maladies de la peau, notamment la lèpre et la gale. Une plaque de marbre sur un mur de l'hôpital le rappelle en latin.

Quelques siècles plus tard, au début du nouveau millénaire, l'hôpital, situé dans le quartier historique populaire de Trastevere, est toujours là, même si son nom



*La plaque*

est devenu *Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico San Gallicano* (Institut d'hospitalisation et de soins à caractère scientifique). Les pauvres et les exclus le sont aussi, et le besoin d'aide et de soins pour ces personnes, malgré les progrès économiques et sociaux, reste un sujet d'actualité pour le système de santé national (SSN) en Italie.

Dans la société italienne moderne, les pauvres peuvent être définis comme des personnes vivant dans des conditions particulièrement défavorisées, et dépendant, d'une façon ou d'une autre, de l'assistance sociale. Les pauvres ont également difficilement accès au SSN ainsi qu'au réseau sanitaire et social. Les faibles et les nécessiteux, les immigrés, les nomades et les sans-abri peuvent être considérés comme des groupes qui se recoupent, mais il faut également prendre en compte les personnes âgées vivant d'une pension d'invalidité ou de vieillesse, ou de l'aide sociale.

L'article 3 de la Constitution italienne stipule : « Tous les citoyens ont une même dignité sociale et sont égaux devant la loi, sans distinction de sexe, de race, de langue, de religion, d'opinions politiques, de conditions personnelles et sociales » ; et l'article 32 énonce : « La République protège la santé en tant que droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité, et elle garantit des soins gratuits aux malades ».

### **L'Italie et l'immigration**

À l'heure actuelle, en raison notamment de sa situation géographique et d'un vide juridique initial en matière d'immigration, l'Italie sert de porte d'entrée en Europe à des milliers d'immigrés.

Au cours de ces dernières années, l'Italie a commencé à se munir des instruments législatifs et opérationnels appropriés pour réglementer l'immigration. En 1995, le décret-loi 489, *Dispositions d'urgence en matière d'immigration, d'entrée et de séjour sur le territoire national des étrangers non ressortissants de l'UE*, consacre le droit à la santé de tous les étrangers, en situation irrégulière ou clandestins, non seulement en termes d'accès spécial mais aussi en termes de soins ordinaires. En 1998, la loi 40, régissant notamment le système de soins de santé et les prestations aux patients immigrés, confirmait que personne ne pouvait se voir refuser l'accès aux soins. Avec la loi sur les *Dispositions concernant la discipline de l'immigration et les normes relatives à la condition d'étranger* (décret-loi 286/1998), qui incorpore la loi 40/1998 susmentionnée, de remarquables efforts furent faits pour éliminer les contradictions et les discriminations qui caractérisaient les relations entre les immigrés et le SSN. Le décret présidentiel 394/1999 (*Règlement d'application de la loi portant sur les dispositions concernant la discipline de l'immigration et les normes relatives à la condition d'étranger*) et la circulaire n° 5 du ministère de la santé (24/3/2000 : *Dispositions en matière*



## Les immigrés et les sans-abri à Rome (Italie)

---

*d'assistance sanitaire*) complètent tous deux la réforme et la mise à jour des réglementations permettant l'accès non limité aux soins préventifs et curatifs et aux soins de réadaptation dispensés par le SSN pour tous les ressortissants étrangers, séjournant de façon régulière ou irrégulière en Italie.

Selon les statistiques officielles de l'immigration en Italie, en janvier 2001, il y avait 1 388 153 étrangers titulaires d'un permis de séjour. Parmi ces étrangers, 245 000 vivaient dans la région du Latium, dont 90,6 % dans la province de Rome, où est concentrée la majorité des immigrés, suivie de Milan.

Prendre soin de personnes issues de milieux sociaux et culturels différents n'est pas une mince affaire. Il existe des obstacles linguistiques, et les immigrés ne profitent en général pas des stratégies préventives, ne faisant appel aux prestations sociales et sanitaires que dans les cas d'urgence ou à un stade avancé de la maladie, lorsque le traitement devient beaucoup plus coûteux.

### **Le Service de médecine préventive de l'Institut San Gallicano, à Rome**

Pour répondre aux besoins des immigrés, un service de médecine préventive pour les migrations, le tourisme et la dermatologie tropicale (SMP) a été créé à l'Institut San Gallicano en 1985. Pendant des années, l'Institut a été la seule structure publique

chargée de fournir une assistance et des soins aux immigrés et de mener des travaux de recherche médicale, épidémiologique, sociale et anthropologique sur les populations immigrées, nomades et sans-abri.



*Des membres du personnel du SMP avec des patients*

Le docteur Aldo Morrone, médecin spécialiste en dermatologie et vénéréologie à l'Université de Rome, est le directeur du SMP. Sous sa direction, le service s'est considérablement agrandi : son personnel est aujourd'hui composé de quatre médecins, deux assistants sociaux, un coordinateur administratif et deux infirmières agréées qui collaborent avec de nombreux autres professionnels : médecins aux spécialités diverses, psychologues, épidémiologistes, sociologues et statisticiens.

Au sein du SMP, une équipe de conseil anthropologico-médical a pour mission spécifique d'identifier et de prendre en charge les personnes culturellement

désavantagées risquant de contracter des maladies. Il existe également un service de consultation juridique gratuite pour personnes nécessiteuses, un service ethnopsychiatrique gratuit ainsi qu'une assistance de la part d'anthropologues de l'Université La Sapienza de Rome, coordonnée par le professeur Gioia Longo Di Cristofaro. Chaque année, en collaboration avec le Conseil municipal de Rome et l'Association Casa dei Diritti Sociali, le SMP organise un cours international de médecine transculturelle, qui s'adresse au personnel de services médico-sociaux, aux administrateurs publics, aux enseignants et aux bénévoles, et qui a pour buts de susciter l'intérêt et d'encourager la compréhension et l'échange d'expériences sur la réalité complexe des soins de santé.

Depuis sa création, le SMP a été ouvert à tous, Italiens ou étrangers, et en particulier aux immigrants, aux sans-abri, aux nomades et à ceux qui ont des problèmes de santé mais ne disposent pas d'une carte d'assurance maladie.

Aux termes de la législation en vigueur, tous les citoyens italiens (ainsi que les immigrants en situation régulière) ont libre accès aux prestations du SSN, quelle que soit leur situation économique. Une contribution aux frais peut être requise pour certains services et pour certains médicaments. Les immigrants en situation irrégulière ou clandestins peuvent se rendre dans un centre du SSN pour obtenir une aide médicale, à condition qu'ils soient identifiés et immatriculés en tant que STP (*straniero temporaneamente presente*, ce qui signifie étranger séjournant de façon temporaire). D'après la réglementation, les étrangers, s'ils ne sont pas munis d'une pièce d'identité, peuvent se contenter de fournir leur nom, leur date de naissance et leur nationalité pour obtenir un numéro de STP. Le document STP donne libre accès aux services et aux médicaments essentiels à une personne venant demander de l'aide dans un hôpital public. Le document STP doit être renouvelé tous les six mois.

Tous les matins, de nombreuses personnes font la queue devant l'entrée principale de l'Institut San Gallicano, en attendant l'arrivée des médecins. Des patients de cultures, de religions, de langues et de couleurs de peau très variées se mêlent aux patients italiens. Le SMP est ouvert aux touristes, aux missionnaires et aux voyageurs en provenance ination des pays tropicaux, et

*La queue à l'entrée du SMP*

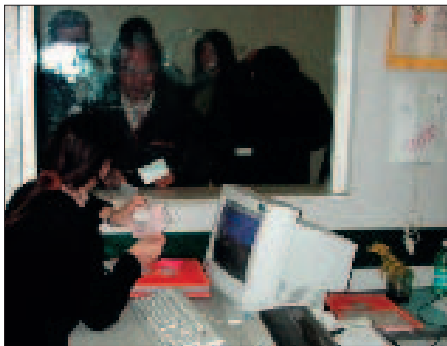


## Les immigrés et les sans-abri à Rome (Italie)

---

propose des tests spécialisés, des consultations et une information actualisée sur la prévention des maladies les plus courantes dans les régions tropicales.

Actuellement, entre 150 et 200 personnes par jour reçoivent une assistance. Dès que le patient arrive, il subit un premier examen auprès d'une équipe composée d'un médecin, en général un interniste, d'une infirmière et d'un médiateur culturel. Ils enregistrent directement le patient, et, si nécessaire, établissent le document STP. Un examen complémentaire (et des conseils)



*Bureau d'enregistrement et immatriculation d'un jeune patient*

peuvent être demandés pour les spécialités et maladies suivantes : dermatologie, allergologie, oncologie, chirurgie plastique, maladies internes, maladies infectieuses, neurologie, médecine tropicale, sexologie, maladies sexuellement transmissibles et sida. Il s'y est adjoint récemment un service d'odontostomatologie.



*Examen clinique des patients*

Outre le fait qu'il propose un service quotidien avec libre accès aux soins, le service fait également office d'observatoire d'étude et de surveillance des conditions de santé et des risques sanitaires de ces groupes spécifiques. Les données recueillies sont analysées et les informations statistiques sont compilées en fonction de divers facteurs : pays d'origine, âge, instruction, fréquence des maladies, maladies les plus courantes, toxicomanie, maladies sexuellement transmissibles, activité sexuelle, durée du séjour en Italie, statut légal, relations familiales et sociales, ainsi que comportement et mode de vie.

### Soins spécialisés

Depuis 1996, les soins sont dispensés avec l'assistance de médiateurs linguistico-culturels, qui accueillent les patients étrangers et leur décrivent le service dans leur propre langue. Ils facilitent également la compréhension culturelle et linguistique des diagnostics et des thérapies, afin de trouver l'approche la mieux adaptée à chacun des patients.

L'exemple des besoins des patients musulmans pendant le ramadan illustre le type de sensibilités que le SMP sait prendre en compte. Le docteur Morrone confirme : « Au début, il y a eu quelques malentendus. Nous recommandions aux patients sous cortisone de prendre leurs médicaments le matin 'au petit déjeuner', en fonction du rythme circadien de l'hormone naturelle. Nous avons dit cela à un patient musulman souffrant de dermatite diffuse grave ». Après quelques jours, le patient est revenu au bureau, sa maladie s'étant aggravée. « Un médiateur culturel », continue le docteur Morrone, « nous a aidés à comprendre le cas. En raison du ramadan, le patient ne prenait pas de petit déjeuner et ne prenait donc pas ses comprimés de cortisone. Son état a commencé à s'améliorer quand il s'est mis à prendre les comprimés, en dépit de la pharmacologie et du rythme circadien, après le coucher du soleil ».

Un malentendu de même ordre est survenu lorsqu'un patient souffrant d'une infection s'était vu prescrire des antibiotiques à prendre après les repas (le matin et à midi). Le patient était un musulman très pieux qui jeûnait complètement pendant le ramadan : aucun repas (ni médicaments) pendant la journée. Prenant en compte cette contrainte particulière, le SMP reste désormais ouvert la nuit, pour permettre les traitements après le coucher du soleil. Des injections intraveineuses sont aussi utilisées pendant la nuit, afin de permettre la perfusion de liquides ou de médicaments ; des injections et autres médicaments peuvent être administrés après le coucher du soleil. Pour les diabétiques, au lieu d'une injection d'insuline avant chaque repas, deux doses (une avant l'aube et l'autre après le coucher du soleil) sont prévues.

Les personnes faisant appel au SMP ont presque toutes connu la guerre, la pauvreté, la marginalisation ou la solitude. Au cours d'un voyage d'affaires à Rome, S.H., un homme d'affaires âgé de 45 ans, originaire de Somalie, a appris qu'en raison de la guerre dans son pays, il ne pourrait pas rentrer chez lui. Ses comptes en banque avaient été bloqués et il n'avait pas réussi à obtenir une aide financière. Sa famille se trouvait en Somalie et il ne pouvait pas les contacter facilement. Jusque-là, c'était un homme riche ; du jour au lendemain, il se retrouvait pauvre, sans logement et au chômage. Il commença à dormir sous les ponts du Tibre ou à la gare centrale.

Le docteur Morrone se souvient que S.H. n'avait jamais eu de problèmes de santé auparavant, mais, à cause de la malnutrition et de ses problèmes de logement, il commença à avoir de la fièvre, des infections, une toux persistante et une bronchite. Il dut souvent consulter des médecins en raison d'une curieuse sensation de brûlure dans la bouche et de douleurs dans la gorge. « Un examen réalisé par notre oto-rhino en a vite révélé la cause : une tumeur cancéreuse du larynx », explique le docteur Morrone. « Le patient fut hospitalisé et subit une laryngectomie totale. Son état clinique était très précaire. De plus, à la suite de l'opération, il avait perdu la faculté de parler, il devait écrire tout ce dont il avait besoin sur une feuille de papier ». Peu de temps après, la maladie est passée en phase terminale. Il demanda au docteur Morrone de l'aider à rassembler sa famille, pour revoir sa femme et ses trois fils avant de mourir. Le SMP couvrit les frais de transport de la famille à Rome, et un ami de l'un des médecins prêta sa maison au patient, pour qu'il puisse finir sa vie entouré du soutien et de l'amour des siens.

Toutes les histoires ne se terminent pas tristement et le docteur Morrone se souvient de nombreuses histoires qui se terminent bien. Une jeune femme originaire de Belgrade séjournait depuis quelque temps en Italie pour améliorer ses connaissances en histoire et littérature italiennes lorsque le conflit éclata dans l'ex-Yougoslavie. Elle dut rester en Italie, avec une carte de crédit désactivée et aucune possibilité de contacter sa famille. Elle travailla d'abord au marché général de Gènes ; puis elle fut forcée de se prostituer pour survivre. Elle décida alors de fuir les trottoirs de Gènes et partit pour Rome, où elle demanda un examen au SMP. Elle avait contracté une maladie sexuellement transmissible, qui fut immédiatement diagnostiquée et complètement guérie. La jeune femme ayant fait des études et parlant parfaitement l'italien, on lui a proposé de travailler dans le service comme médiatrice culturelle pour les personnes originaires des Balkans. Elle resta en Italie jusqu'à la fin du conflit, pour enfin retourner dans son pays et retrouver sa famille.

Outre le serbo-croate, les médiateurs linguistico-culturels parlent de nombreuses langues : français, anglais, espagnol, portugais, arabe, kurde, lingala, swahili, tigrinia, amharique, bantou, tagalog, tamoul, bengali, bulgare, polonais, russe, roumain et albanais.

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 1985 et le 31 décembre 2001, 49 701 immigrés en situation irrégulière et clandestins ont effectué leur première visite au SMP. Parmi eux, 19 252 (38,7 %) étaient de sexe féminin et 10 % des personnes examinées étaient des enfants, dont le nombre est croissant.

Le pourcentage de patients italiens qui viennent consulter le SMP est passé de 5 % en 1985 à 25 % au début de 2002. Ce groupe est principalement

*Deux jeunes patients*



constitué de sans-abri (environ 90 %) et de personnes âgées (environ 10 %). Ce phénomène s'explique en partie par l'augmentation du pourcentage d'Italiens (13,1 %) vivant au-dessous du seuil de pauvreté, pour qui l'accès au SSN et au réseau sanitaire et social, est difficile, car ces services ne couvrent pas tous leurs besoins. Ces personnes consultent le SMP pour toutes sortes d'aides, principalement d'ordre social, et pour des actes simples, telles que l'injection intramusculaire de médicaments.

### **Migration et santé**

Le docteur Morrone explique que la migration est une source de stress et de dangers pour la santé, parce qu'elle implique une réorganisation de la vie des gens et un déracinement total. Un grand nombre d'études révèlent que les personnes qui choisissent de quitter leur pays d'origine ont un bon état de santé général et un bon niveau d'instruction – secondaire ou plus (18 % ont un diplôme universitaire et 86 % parlent aussi une langue étrangère). Jusqu'à une date récente, les migrants arrivaient en bonne santé et ne contractaient de maladies qu'après leur arrivée en Italie. Mais aujourd'hui, ce phénomène appelé « effet de l'immigré sain », dû à une sorte d'autosélection qui se ferait avant le départ du pays d'origine, n'est plus vrai qu'en partie. Selon le docteur Morrone, le voyage en lui-même est désormais le premier risque pour la santé d'un immigré. Lorsque 80 à 100 personnes sont entassées dans des bateaux conçus pour 20 ou 30 au maximum et qu'elles voyagent pendant des jours sans installations sanitaires et avec très peu à manger et à boire, le risque de tomber malade est élevé.

L'état de santé d'un immigrant nouvellement débarqué peut aussi se détériorer rapidement, en raison d'une série de facteurs, tels que les maladies présentes dans le pays hôte, les problèmes psychologiques, l'absence de ressources due au chômage, les difficultés de logement, l'éloignement de la famille, le changement de climat et d'habitudes alimentaires. L'intervalle de temps qui sépare l'arrivée en Italie de la première demande d'aide médicale a considérablement diminué : de 10 à 12 mois en 1993–1994, à 3 à 4 mois ces dernières années. Les maladies résultant de cette situation peuvent être définies comme « maladies liées au stress et à la pauvreté ».

Dans le SMP du docteur Morrone, les pathologies des immigrés ne sont pas très différentes de celles observées chez les Italiens. Un certain nombre de



maladies dites maladies de la pauvreté, telles que la tuberculose, la gale, la pédiculose, ainsi que certaines infections virales et mycosiques et maladies vénériennes ont été constatées. Bien qu'elles ne soient pas spécifiques aux immigrés, ces maladies indiquent un état de marginalisation extrême, comme le fait d'être sans abri. En d'autres termes, les immigrés ne présentent ni maladies tropicales ni pathologies plus sérieuses que celles des Italiens de souche, mais il leur manque les protections sanitaires de base et les diagnostics rapides qui s'ensuivent et qui permettent aux Italiens autochtones de se rétablir plus rapidement. Aider ces patients à rentrer dans leur pays, sur demande, lorsque leur maladie entre en phase pré-terminale, est une tâche difficile, pour ne pas dire impossible, et souvent, ces patients meurent dans une solitude absolue.

### **Quels sont les résultats obtenus ?**

Il est difficile de mesurer en chiffres l'impact réel du type de prestations fournies par le SMP. Mais l'avantage pour les milliers de gens qui ont aujourd'hui une vie meilleure grâce au travail de ce personnel médical dévoué et engagé est évident. De plus, en recueillant des informations et en analysant les tendances dans la population « invisible » (les immigrés clandestins), le SMP établit une solide base de données scientifiques sur les conditions médicales et sociales dans lesquelles vivent les pauvres.

Cette expérience unique a apparemment influencé le développement de la législation italienne moderne en matière de soins aux migrants. Cette législation donne, au moins du point de vue légal, accès au SSN à tous les ressortissants étrangers en situation régulière ou irrégulière sur le territoire italien.

Par ailleurs, le SMP a été déclaré en 1998 centre de référence et de consultation du gouvernement de la Région du Latium et du SSN, dans le cadre de la formation du personnel médical affecté aux soins pour migrants. Le service chargé des politiques de promotion de la santé au conseil municipal de Rome a également désigné le SMP comme observatoire clinico-épidémiologique de la santé des populations sans-abri, immigrées et nomades résidant à Rome.

Depuis décembre 2001, le SMP est membre du Centre international pour la migration et la santé, qui est un centre collaborateur de l'OMS.

Cette expérience s'avère rentable économiquement, en plus d'être positive sur le plan éthique. Le coût de gestion du service s'élève à environ 300 000 par an, y compris le coût des médicaments et autres matériels donnés gratuitement à tous les patients. Mais l'impact des activités du SMP semble avoir une valeur ajoutée claire. Les soins de santé donnés aux immigrés sont de la plus grande importance et ont des répercussions sur la santé des citoyens italiens, en limitant par exemple la propagation de maladies contagieuses. En outre, les

activités de prévention et de dépistage réalisées par le personnel du SMP permettent la prévention, la prophylaxie, la détection et le traitement au stade initial des maladies, en limitant ainsi leur progression vers des formes plus graves dont le traitement serait plus onéreux.



# Étude de cas 6

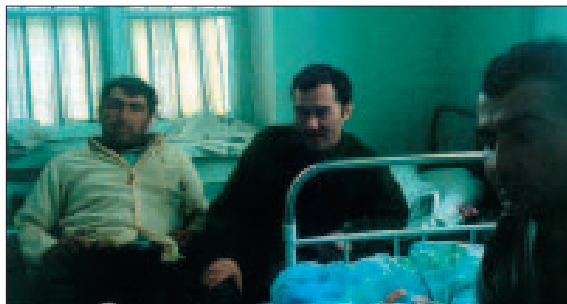
## Financer les soins de santé : la première phase de la politique de ticket modérateur au Kirghizistan

*Jen Tracy*

La structure des bâtiments de l'hôpital central du district d'Issyk-Ata – dans l'*oblast* de Chui – au Kirghizistan, est un véritable cauchemar. Certains des bâtiments sans fondations doivent être démolis, tandis que les autres, véritable patchwork de réparations approximatives, devraient être condamnés. La chaleur s'échappe à travers les murs mal isolés et les fenêtres délabrées, des morceaux de plastique et de ruban adhésif tentent de maintenir en place les conduites de chauffage rouillées et les bâtiments sentent la poussière et le mois.

Mais pour trois jeunes patients entassés dans l'une des petites chambres de l'hôpital, les soins de santé ne sont plus tout à fait le cauchemar qu'ils étaient il y a encore peu de temps. Avant, ils n'avaient aucune idée de ce que leur coûterait leur admission à l'hôpital et ne savaient pas si on pourrait leur y procurer ou non les médicaments nécessaires. Ils disent notamment qu'ils ont bénéficié du système de ticket modérateur et de la sécurité que celui-ci apporte au patient.

Gasanov, un patient de 28 ans, se redresse énergiquement dans son lit pour dire combien il est satisfait des conditions de son hospitalisation dans le cadre du nouveau système. « La situation est meilleure maintenant », explique-t-il. « Le paiement est officiel et j'en connaissais le montant à l'avance – et puis je reçois tous les médicaments dont j'ai besoin sans avoir à aller les chercher moi-même à la



*Gasanov et ses deux compagnons de chambre à l'hôpital central d'Issyk-Ata*

pharmacie. Tout est compris. » Il se redresse encore un peu pour signaler toutes les rénovations en cours autour de lui, et qui sont autant d'indications du fait que les réformes sont en route dans d'autres secteurs également. Ses deux compagnons de chambre abondent dans son sens, déclarant que la qualité du service semble s'être améliorée et qu'ils reçoivent tous trois repas par jour.

En revanche, à Bichkek, où le système de ticket modérateur ne sera pas mis en œuvre avant juillet 2002, les gens sont moins satisfaits. « Vous ne savez jamais ce que vous devrez payer quand vous allez à l'hôpital, et tout le monde a très peur de tomber malade », dit un chauffeur de taxi de Bichkek, la cinquantaine, qui a demandé à ce que son nom ne soit pas mentionné. « Vous faire opérer de l'appendicite peut coûter jusqu'à 100 USD mais personne ne le sait vraiment, et si vous n'avez pas l'argent pour l'opération, vous pouvez faire une croix dessus », dit-il.

Santé et survie économique sont intimement liées au Kirghizistan, où l'agriculture est l'activité économique prédominante et où la majorité de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté. Pour ces personnes, la maladie d'un membre de la famille signifie deux bras de moins pour travailler. Et pour ceux qui doivent se faire soigner, cela signifie aussi le paiement de dessous-de-table qu'une famille moyenne peut difficilement se permettre. La maladie est un enfer et aggrave la pauvreté au sein des communautés qui sont déjà les plus démunies.

Comme dans les autres anciennes républiques soviétiques, le système de santé au Kirghizistan souffre d'un trop grand nombre d'hôpitaux difficiles à gérer, même avec l'aide de dons internationaux. En théorie, il s'agit d'un système offrant des soins gratuits à tous les citoyens. En réalité, c'est un système dans lequel les patients doivent payer pour des médicaments et des opérations chirurgicales censés être gratuits, et dans lequel les membres du personnel médical sont si mal rémunérés qu'ils en sont réduits à extorquer de l'argent aux patients pour arrondir leurs maigres revenus.

L'un des problèmes insidieux est l'absence de médicaments dans les hôpitaux, ce qui oblige les patients ou leurs familles à se mettre en quête de médicaments à l'extérieur de l'hôpital et à les payer directement. Cela représente non seulement une charge financière accablante, mais aussi un grave danger pour la santé des patients nécessitant des soins d'urgence.

La réaction la plus terrifiante aux lacunes du système de santé du pays est venue des plus pauvres. Incapables de payer les soins, beaucoup s'en remettent aux remèdes de bonne femme et ne reçoivent aucun traitement médical. Et c'est à ces personnes les plus pauvres que pense Ainagul Isakova, directrice de

## La première phase de la politique de ticket modérateur au Kirghizistan

---

l'Association des cabinets de médecine familiale (une organisation non gouvernementale associative de prestataires de soins primaires), quand elle dit : « Nous ne voulons pas que les soins de santé ne soient plus qu'un vieux souvenir ».

Le système de ticket modérateur – qui fait partie du programme décennal de réforme des soins de santé MANAS et vise à améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé du pays – est l'une des réformes qui a pour but de faire en sorte que les soins de santé ne deviennent pas un « vieux souvenir ». Cette politique a été mise en œuvre dans deux *oblasts* (régions) en mars 2001. Depuis lors, elle a contribué à réduire les dessous-de-table versés au personnel et pour les médicaments, à créer une source de revenus complémentaires pour les hôpitaux, à augmenter légèrement le maigre salaire du personnel et à rendre les soins plus abordables. Un fonds spécial, permettant de financer les soins de santé des pauvres, a également été créé dans le cadre de cette politique.

« Globalement, cette politique fait partie d'un train de mesures relatives au financement pris en charge par les collectivités locales ... pour le secteur de la santé de leur région », explique Joe Kutzin, conseiller principal résident, qui relève du Projet d'analyse des politiques sanitaires de l'OMS.

Une visite à l'hôpital central d'Issyk-Ata à la mi-mars 2002 a permis d'illustrer la façon dont fonctionne le système de ticket modérateur. Le médecin-chef des deux hôpitaux du district, Emen Isakov, ne demandait pas mieux que de montrer les preuves de ce qu'il considère comme un succès. Dans le bâtiment principal de l'hôpital, l'écriteau sur la porte d'un petit bureau indique « Caisse – Tickets modérateurs ».

Dans ce bureau, avec à sa disposition un boulier et une pile de reçus, un administrateur hospitalier enregistre les patients un à un, vérifie leurs documents pour déterminer s'ils ont une assurance ou s'ils sont exonérés,



« Tickets modérateurs » –  
l'écriteau du bureau et le boulier qui  
permet de les calculer

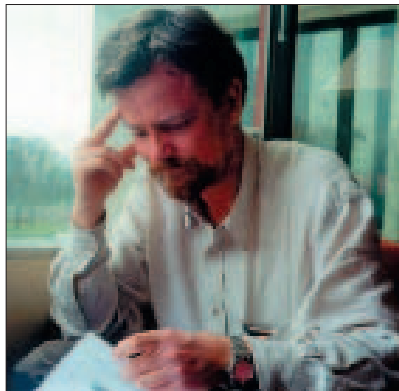
*Le docteur Tilek Meimanaliev,  
ministre kirghize de la santé*



perçoit le ticket modérateur approprié, délivre un reçu et oriente le patient vers les soins. Après cela, le patient n'a plus rien à payer. « Globalement » dit Emen Isakov, « les versements sont moins élevés maintenant qu'il n'y a plus de dessous-de-table et autres sommes imprévisibles. Plus important encore, c'est plus pratique pour la population, parce que désormais, on sait exactement combien (et si) on va payer ».

Le ministre de la santé kirghize, le docteur Tilek Meimanaliev, a, lors d'une récente interview, témoigné du succès du système de ticket modérateur. Il explique : « Je suis satisfait du fonctionnement du système jusqu'ici. En particulier, je pense que cela nous a permis de démontrer que nous pouvons réduire la corruption au sein du système de santé et de donner aux professionnels de la santé la possibilité d'augmenter leurs salaires par des moyens légaux. Ce système a également renforcé la position des patients, en leur permettant de bien comprendre leurs obligations financières mais aussi leurs droits ».

*Tobias Schüth de la Croix-Rouge  
suisse, à Bichkek*



Tobias Schüth, le coordinateur d'un projet sanitaire de la Croix-Rouge suisse au

Kirghizistan, présente le système comme une réussite globale :

Mon opinion générale est que le système est une très bonne tentative pour instaurer la participation aux frais officielle. Ce système fonctionne d'une manière généralement acceptable par la population, et il a vraiment le potentiel nécessaire, au niveau hospitalier, pour réduire les dessous-de-table à des niveaux négligeables, tout en créant des ressources locales pour les hôpitaux – si, au niveau global, la caisse d'assurance maladie obligatoire [l'organisme responsable de l'allocation de crédits publics aux prestataires de soins] peut garantir les crédits auxquels ils ont droit.

Ninel Kadyrova, directeur adjoint de la caisse d'assurance maladie obligatoire, pense également que le système de participation aux frais a eu des effets positifs. Elle explique : « Le système du payeur unique a démarré en mars 2001 et nous ne disposons encore que des résultats préliminaires, mais ils révèlent une certaine efficacité dans l'amélioration de l'accès de la population aux services médicaux ».

### **Données issues de la première phase de la réforme nationale**

Au moment de sa mise en œuvre en mars 2001, le montant du ticket modérateur pour soins hospitaliers allait de zéro à 1890 soms (environ 40 USD), avec cinq niveaux de paiement. Une série d'analyses du système a été prise en charge par le Projet d'analyse des politiques sanitaires de l'OMS au Kirghizistan. Les premiers résultats de brèves enquêtes d'évaluation réalisées en mai et octobre 2001 sous la direction de la Croix-Rouge suisse ont montré que la majorité des personnes interrogées, après avoir reçu des soins dans le cadre du nouveau système, « considéraient que le système de ticket modérateur était une amélioration notoire par rapport au système précédent ». La conclusion générale des résultats préliminaires, présentés par Tobias Schüth, était : « Actuellement, le système de ticket modérateur remplit partiellement sa fonction principale consistant à se substituer à toutes les autres dépenses hospitalières mises à la charge des patients ». Effectivement, tous les patients interrogés à Issyk-Ata et à Bichkek ont témoigné du succès actuel et potentiel du système.

Les deux enquêtes d'évaluation rapide dirigées par le groupe de Tobias Schüth brossent un tableau globalement positif. La première enquête révèle que pratiquement aucun paiement n'avait été versé par les patients en sus du ticket modérateur, alors que la seconde montre qu'environ 40 % des gens avaient payé une somme en plus de la participation aux frais officielle – surtout (88 %) pour les traitements et très peu (5 %) sous forme de dessous-de-table aux personnels soignants.

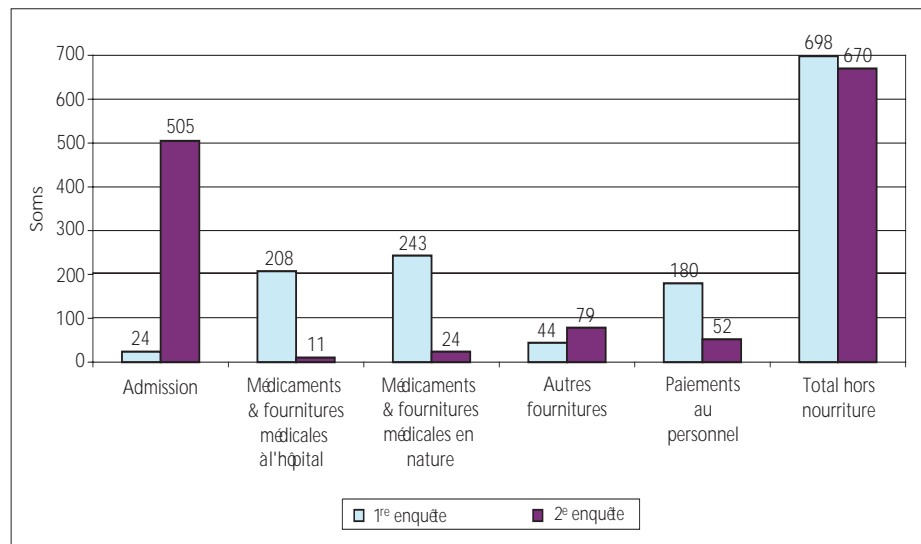
Cependant, d'après Tobias Schüth, les différences ne reflètent pas un échec du système de ticket modérateur, mais plutôt des retards dans le financement des hôpitaux.

Les hôpitaux ne reçoivent pas tous les crédits auxquels ils ont droit de la part de la caisse d'assurance maladie obligatoire parce que cette dernière ne touche elle-même qu'une fraction de ce qu'elle est censée recevoir du Fonds social. Donc, si les hôpitaux ont tenté au début de respecter scrupuleusement la règle consistant à ne pas demander de paiements complémentaires aux patients, par la suite, la réalité les a forcés à le faire quand même, et ils ont demandé aux patients d'acheter ce que les hôpitaux ne pouvaient pas fournir. [En fin de compte], le fait que 40 % des patients effectuent des paiements en plus du ticket modérateur ne signifie pas que ce dernier ne fonctionne pas au niveau hospitalier, mais plutôt que les circonstances, au niveau global, ne lui permettent pas de fonctionner comme il le devrait.

En outre, deux enquêtes réalisées auprès de patients ont été financées en vue de fournir une évaluation quantitative de l'efficacité du système. La première enquête, qui portait sur la situation de départ, a été conduite auprès de malades

sortant en février 2001, juste avant la mise en œuvre du système de ticket modérateur. Une deuxième enquête a été réalisée auprès de malades sortant en juillet 2001, le cinquième mois d'application du système. Les données résultant de ces enquêtes confirment largement les conclusions plus qualitatives des enquêtes d'évaluation rapide. D'après ces données, la part des dépenses totales des patients en médicaments et fournitures médicales – aussi bien à l'hôpital qu'à l'extérieur – avait considérablement baissé. Dans l'*oblast* d'Issyk-Kul, plus particulièrement, le changement a été spectaculaire : les patients sont passés, pour l'admission à l'hôpital, du paiement de dessous-de-table au ticket modérateur officiel (fig. 1).

Figure 1. Dépenses moyennes de tous les malades interrogés dans les hôpitaux d'Issyk-Kul pondérées en fonction de la distribution de l'utilisation réelle



Source : Enquêtes OMS auprès de malades hospitalisés sortants, réalisées en février et juillet 2001.

Note : Pour la première enquête, on a interrogé 2 917 patients à l'échelle nationale, y compris 381 patients des hôpitaux d'Issyk-Kul, représentant 11,5 % des cas du mois de février. Pour la deuxième enquête, 3 731 personnes ont été interrogées à l'échelle nationale, y compris 560 patients des hôpitaux d'Issyk-Kul (16,3 % des cas du mois de juillet).

Les données indiquent également, surtout à Issyk-Kul, que la part des paiements versés directement au personnel soignant a baissé. De tels paiements étaient particulièrement fréquents lorsqu'une intervention chirurgicale était nécessaire. Pour les patients en chirurgie à Issyk-Kul, toutefois, le pourcentage des paiements versés directement au chirurgien a chuté de 50 % pour les cas de février 2001 à seulement 9 % en juillet (fig. 2).

De même, les enquêtes montrent que les patients assurés et non assurés du service de chirurgie ont payé sensiblement moins dans le cadre du système de ticket modérateur qu'ils ne l'avaient fait dans le cadre de l'ancien système, alors

## La première phase de la politique de ticket modérateur au Kirghizistan

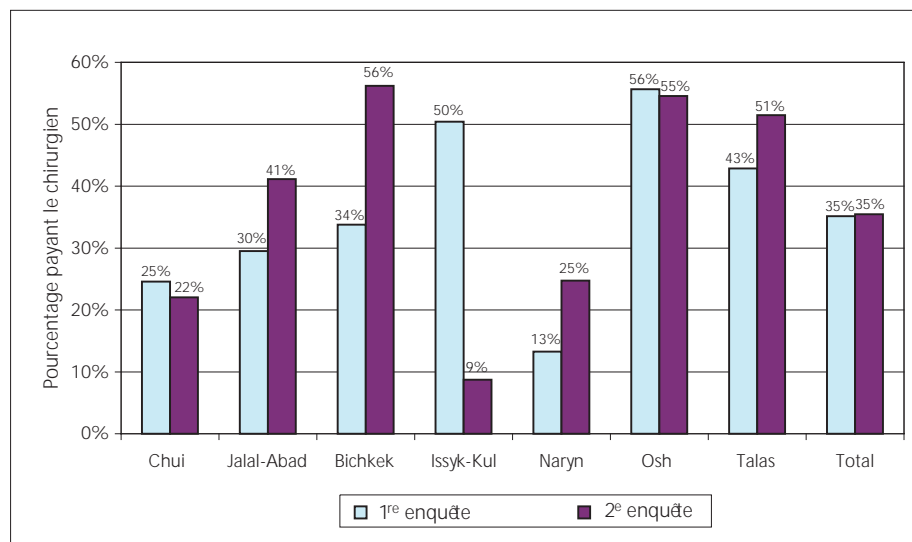


Figure 2. Patients payant directement les chirurgiens à Issyk-Kul et dans d'autres oblasts : illustration de l'impact du système de ticket modérateur

Source : Enquêtes OMS auprès de malades hospitalisés sortants, réalisées en février et juillet 2001.

Note : Voir fig. 1.

que les patients recevant des soins médicaux qui n'étaient pas assurés payaient en fin de compte plus qu'ils ne le faisaient auparavant. Pour les patients assurés recevant des soins médicaux, le paiement était à peu près inchangé. « En bref », dit Joe Kutzin, « le paiement d'un ticket modérateur forfaitaire a conduit à une certaine convergence des montants payés au total par les patients en médecine et en chirurgie, qui sont désormais plus différenciés par le fait qu'ils sont ou non assurés que par la cherté des soins rendus nécessaires par leur état de santé » (fig. 3).

### Utiliser les ressources

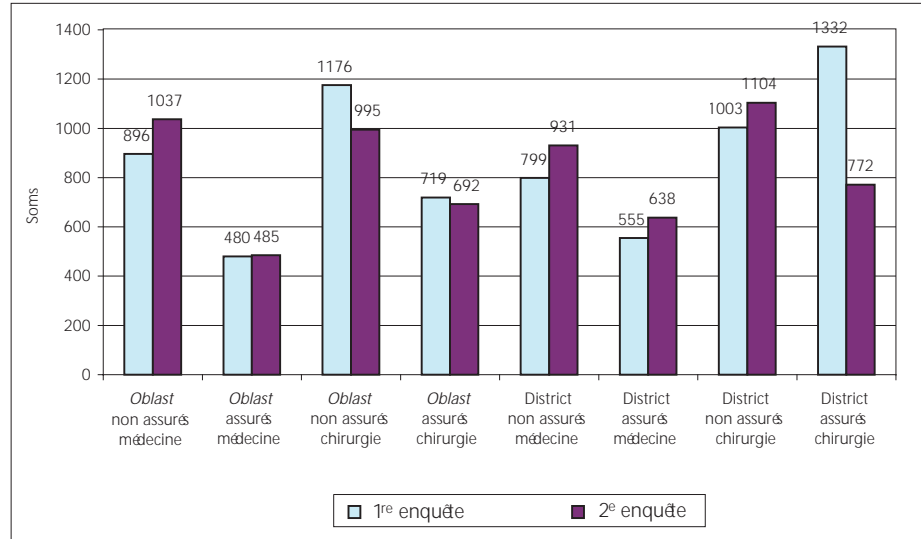
« L'avantage de l'officialisation des paiements est qu'il est alors possible de les redistribuer dans tout l'hôpital, alors que les anciens versements officiels échappaient au contrôle de gestion de l'hôpital », dit Joe Kutzin.

Emen Isakov explique que le ticket modérateur représente, selon les estimations, de 10 à 15 % des budgets des hôpitaux de la région. « Mais cet argent », souligne-t-il, « est très important, car c'est de l'argent 'réel' que nous recevons et qui passe directement sur notre compte en banque. Les crédits budgétaires ne sont pas toujours débloqués à temps, mais la participation aux frais, elle, est toujours là ». Selon le docteur Isakov, la majorité des recettes provenant du ticket modérateur est affectée directement aux soins prodigués aux patients et environ 20 % sont consacrés aux salaires du personnel. Le résultat, d'après le docteur Isakov, c'est que les dépenses de soins aux patients ont triplé.



## Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté

Figure 3. Dépenses totales hors nourriture, en médecine et en chirurgie, des malades hospitalisés dans l'hôpital de l'oblast et l'hôpital du district d'Issyk-Kul : illustration de la convergence des paiements à la suite de l'introduction du système de ticket modérateur



Source : Enquêtes OMS auprès de malades hospitalisés sortants, réalisées en février et juillet 2001.

Note : Voir fig. 1.

Les recettes provenant du ticket modérateur ont permis jusqu'à présent de multiplier le financement quotidien des médicaments et fournitures médicales par 1,9 dans l'*oblast* de Chui et par 2,7 dans l'*oblast* d'Issyk-Kul, d'après les statistiques du ministère de la santé (2001).

Le système a entraîné une multiplication des dépenses alimentaires quotidiennes respectives des *oblasts* de Chui et d'Issyk-Kul par 1,8 et 2,2. Dans ces deux *oblasts*, les recettes provenant du ticket modérateur ont aussi permis de multiplier les salaires du personnel soignant par 2,8 pour les médecins et par 2,5 pour les infirmières. Le salaire mensuel moyen des soignants est d'un peu moins de 10 \$. Le docteur Isakov confirme : « Aujourd'hui, nos traitements sont les plus élevés de la République. Par exemple, une infirmière travaillant ici touche autant qu'un professeur de médecine à l'université ». Il reste encore à déterminer dans quelle mesure cette situation pourra être étendue aux autres hôpitaux.

Le ticket modérateur a amélioré la transparence globale du système hospitalier, la plupart des patients recevant désormais un reçu pour leurs versements au titre du ticket modérateur. Selon Joe Kutzin, « Avant le système de ticket modérateur à Chui, environ 13 % des patients payaient une somme pour être admis à l'hôpital », alors qu'ils étaient censés ne rien payer. Parmi eux, Joe Kutzin déclare qu'environ 25 % obtenaient un reçu pour le total des montants payés. Les données de la deuxième enquête montrent qu'environ 34 % des



patients ont déclaré payer pour être admis (l'échantillon comprenait de nombreuses personnes exonérées de ticket modérateur) et environ 66 % d'entre elles avaient obtenu un reçu. Dans l'*oblast* d'Issyk-Kul, selon Joe Kutzin, environ 22 % des patients ont payé une somme pour leur admission en février 2001 dont environ 20 % avec un reçu. En juillet 2001, avec le système de ticket modérateur, ces chiffres étaient passés à environ 38 % payant l'admission et 86 % obtenant un reçu.

### Soins de santé pour les pauvres

Au départ, les experts craignaient que les personnes les plus pauvres du pays ne soient exclues par le système de ticket modérateur et choisissent de ne pas se faire soigner du tout. Tobias Schüth dit que les résultats se sont en fait avérés tout autres : « Ce que nous avons constaté, étonnamment, c'est que ce n'est probablement pas le cas. Les différences d'opinion entre les patients riches et les patients pauvres n'étaient pas très grandes. Environ 70 % des deux groupes – légèrement plus pour les patients riches – considéraient que le système était une amélioration. » Il attribue cela en grande partie à « l'entrée par la petite porte » qui a été intégrée au système de ticket modérateur afin de protéger les pauvres et leur garantir l'accès aux soins. Les patients pauvres peuvent obtenir une lettre de l'administration de leur village attestant de leur incapacité de payer. « Cela se pratique beaucoup », explique Tobias Schüth, « et c'est certainement la raison pour laquelle nous n'avons pas rencontré davantage de personnes n'ayant pas pu aller à l'hôpital à cause du ticket modérateur ».

Selon le ministre de la santé, Tilek Meimanaliev, « En officialisant les paiements, nous pouvons mettre en œuvre des politiques spécifiques visant à protéger l'accès aux soins des personnes à bas revenus ou autrement nécessiteuses.

C'est ce que nous faisons par le biais de nos politiques d'exonération de paiement et du fonds de réserve de l'hôpital, qui met des ressources de côté pour pouvoir procurer gratuitement des médicaments aux patients

pauvres ». Le ministre de la santé a demandé aux hôpitaux des deux *oblasts* de mettre de côté 10 % des ressources provenant des tickets modérateurs pour ce fonds de réserve. Conformément aux instructions du ministre, chaque hôpital dispose d'un comité spécial qui détermine qui bénéficiera de ce fonds de réserve. D'après Tilek Meimanaliev, en 2001, les sept premiers mois du système



*Des patients s'attardant sur le terrain de l'hôpital d'Issyk-Ata*

de ticket modérateur ont profité à 1 700 patients pauvres en leur procurant des médicaments gratuits par l'intermédiaire du fonds de réserve.

Ninel Kadyrova, de la caisse d'assurance maladie obligatoire, dit que moins d'un an plus tard, le nombre de personnes soignées sans avoir payé de ticket modérateur grâce à la politique du fonds de réserve s'élevait à 2 500. Ninel Kadyrova explique en outre que la caisse travaille en étroite collaboration avec le ministère du travail et de la protection sociale afin d'améliorer l'accès dans le cadre du fonds de réserve. Emen Isakov dit qu'en 2001, ses hôpitaux ont soigné environ 180 personnes pauvres en faisant appel au fonds de réserve, et que la majorité des bénéficiaires étaient des sans-abri.

### Éliminer le cauchemar des soins de santé

Le système de ticket modérateur a également réduit l'incertitude des gens quant aux coûts des soins hospitaliers, permettant aux membres les plus pauvres de la communauté de se faire soigner, alors qu'auparavant ils ne l'auraient pas fait, pour ne pas risquer des frais imprévisibles excessifs. La nature officieuse de la plupart des paiements que les gens devaient verser pour se faire soigner à l'hôpital signifiait qu'ils ne savaient jamais combien ils finiraient par payer pour leurs soins. D'après les enquêtes réalisées auprès des patients, seulement 23 % des personnes hospitalisées savaient à l'avance ce qu'elles paieraient au total et seulement 18 % savaient ce qu'elles devraient verser pour les paiements officiels.

Les données détaillant à la fois les résultats initiaux et plus récents du système de ticket modérateur montrent que globalement, l'effet a été un renforcement de la sécurité des patients (fig. 4).

« Cette fois-ci, je savais à l'avance ce que j'aurais à payer et je sais que je paie ce que je dois, et rien de plus », explique Isaev, patient de 30 ans, depuis son lit à l'hôpital central d'Issyk-Ata. Isaev, Gasanov et Madinov déclarent tous avoir entendu parler du système de ticket modérateur dans leurs centres de médecine de famille et étaient prêts à effectuer le paiement au moment de leur admission. Les données de l'enquête montrent que dans les *oblasts* d'Issyk-Kul et de Chui, les patients étaient beaucoup plus conscients de leurs obligations financières qu'avant, alors que les choses n'avaient pratiquement pas changé dans ce domaine dans le reste du pays.

Une patiente de la Polyclinique n° 6 de Bichkek, un service de consultations externes, dit attendre avec impatience la mise en œuvre du système de ticket modérateur dans sa région au mois de juillet, ainsi que la sécurité que celui-ci lui procurerait en cas d'hospitalisation. « En ce moment, j'ai la chance de pouvoir me contenter de soins ambulatoires. J'ai des enfants et ils ont besoin de

## La première phase de la politique de ticket modérateur au Kirghizistan

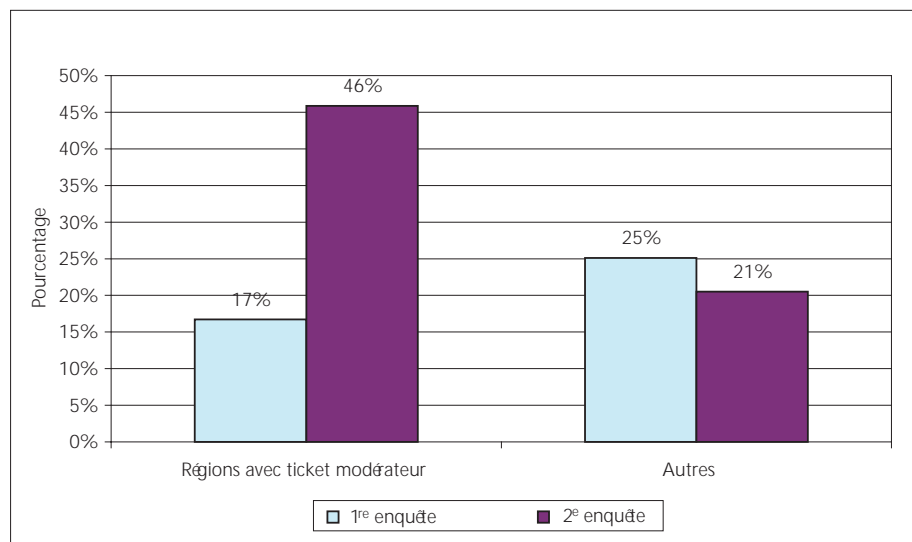


Figure 4. Pourcentage de malades hospitalisés déclarant savoir à l'avance quels seraient leurs frais de santé

Source : Enquêtes OMS auprès de malades hospitalisés sortants, réalisées en février et juillet 2001.

Note : l'enquête concernait 2 917 cas, représentant 7,4 % des cas de février. La deuxième enquête concernait 3 731 cas, représentant 9,9 % des cas de juillet.

moi à la maison. Mais si jamais je devais être hospitalisée, j'aurais peur, car je ne sais pas ce que cela me coûterait ni si des médicaments seraient nécessaires », raconte-t-elle. La santé et les ressources de sa famille pourraient dépendre de la mise en place du système de ticket modérateur. Elle poursuit : « Ma famille à Issyk-Kul m'a parlé du système de ticket modérateur ... J'espère qu'il sera bientôt instauré à Bichkek ».

### Informer le public

Pour bénéficier du système de ticket modérateur et de l'accès gratuit au titre du fonds de réserve, la population devait être informée de son existence ; pour communiquer avec les groupes les plus pauvres, qui en bénéficieraient le plus, il était nécessaire de trouver une alternative aux médias. Les enquêtes de l'OMS montrent que la méthode la plus efficace pour informer les patients au sujet du nouveau système consiste à passer par les cabinets de médecine familiale, ainsi que par le personnel des polycliniques et des hôpitaux. Seul un faible pourcentage des patients a déclaré avoir lu des informations dans les journaux et aucun patient n'a indiqué la télévision ou la radio comme source d'information, d'après Joe Kutzin, de l'OMS.

Selon le docteur Isakov, l'opinion de la population sur le système de ticket modérateur dépend largement de la façon dont il est expliqué. Il précise : « Leur première réaction est négative, mais une explication plus détaillée les

convainc du fait que le système est beaucoup plus pratique ». La directrice de l'association des cabinets de médecine familiale, Ainagul Isakova, dit que son association se sert de supports visuels, de discussions en groupe et de réunions de quartier, ainsi que des médias, pour sensibiliser le public au nouveau système. Mais elle admet que cela n'a pas été facile. « Au début, nous n'étions pas suffisamment armés pour leur expliquer le système de ticket modérateur et leur opinion n'était pas favorable. Après quelque temps, la population a commencé à comprendre les avantages du système, et maintenant les gens peuvent vraiment planifier leur hospitalisation. »

Le docteur Isakov dit qu'il a connu les mêmes problèmes au début de la mise en œuvre du système, et que certaines des personnes admises à l'hôpital n'étaient pas au courant de son existence. Il explique : « Ils tournaient les talons et s'en allaient. Mais dès mai-juin, notre campagne d'information avait renversé cette tendance, et les gens ont commencé à revenir. À la fin de l'année, plus personne n'ignorait l'existence du système ni n'en avait une opinion négative ».

### **Changement dans les admissions à l'hôpital**

Le nombre d'admissions dans les hôpitaux des *oblasts* de Chui et d'Issyk-Kul a diminué de 6,9 % en 2001. Au ministère de la santé, cela était considéré par beaucoup comme une évolution favorable, étant donné la tendance ancienne des hôpitaux à dispenser des soins inutiles, mais on craignait aussi que les gens ne reçoivent pas les soins dont ils avaient besoin parce qu'ils n'avaient pas de quoi payer le ticket modérateur. Joe Kutzin explique qu'il y avait peu de preuves à l'appui de l'une ou l'autre de ces théories. Il ajoute : « Il sera très difficile de déterminer l'impact du ticket modérateur par rapport à celui de la multitude des autres changements en cours actuellement et qui peuvent influencer sur le nombre d'admissions. »

Selon Ninel Kadyrova, directeur adjoint de la caisse d'assurance maladie obligatoire, le nombre d'hospitalisations a chuté au cours des trois premiers mois pour augmenter à nouveau ensuite. Elle dit que le nombre d'hospitalisations avait probablement surtout diminué dans le secteur des « hospitalisations planifiées », qui pouvaient de toutes façons être traitées au niveau externe. « Pour s'assurer que les patients reçoivent toujours les soins nécessaires au niveau externe », explique Ninel Kadyrova, « notre caisse a mis en œuvre une assurance médicaments complémentaire, remboursant les médicaments au niveau des soins primaires pour la population assurée ». Une visite à la Polyclinique n° 6 de Bichkek, où l'on reçoit tous les médicaments nécessaires pour les patients ambulatoires et où sont effectuées les interventions chirurgicales mineures, en témoigne, car l'activité y bat son plein.

Emen Isakov explique que pour les hôpitaux d'Issyk-Ata, le système de ticket modérateur, ainsi que l'assurance médicaments complémentaire, ont vraiment contribué à réduire le nombre d'hospitalisations inutiles et la charge financière qui y est associée. Il ajoute : « De nombreuses maladies pouvaient être soignées au niveau des soins primaires – comme l'hypertension et les cas bénins d'anémie, un véritable fléau dans la région – alors qu'elles étaient soignées à un coût plus élevé en milieu hospitalier ».

### Enseignements tirés

La première phase de la mise en œuvre de ce système a révélé que le financement des soins de santé pouvait être plus transparent, et qu'il était possible de prendre des mesures pour améliorer l'accès aux soins des plus pauvres. Mener des actions efficaces dans ce domaine exige cependant une approche d'ensemble, allant au-delà de la simple fixation du niveau des tarifs. Ces actions doivent être conduites en parallèle avec des politiques sur le paiement des hôpitaux et les façons d'améliorer la gestion des médicaments et fournitures médicales. Elles doivent par ailleurs être liées à des campagnes d'information et de formation du personnel des hôpitaux et de la population.

D'après Emen Isakov la combinaison d'une profonde restructuration administrative, d'une rationalisation de la capacité d'accueil et du système de ticket modérateur a facilité une réforme réussie dans ses hôpitaux. Mais la nécessité de campagnes d'information du public – à tous les niveaux – a été impérative d'un bout à l'autre du processus.

Bien que le ministère de la santé soit satisfait des résultats préliminaires du système de ticket modérateur, il reconnaît également que l'on peut toujours faire mieux, comme le montrent les succès inégaux obtenus dans les deux *oblasts* concernés par la première phase.

Tilek Meimanaliev explique combien il est important de convaincre les collectivités locales de la nécessité des réformes.

Il est essentiel de « vendre » la réforme aux collectivités locales. Le succès de nos réformes dépend des contributions versées par les collectivités locales au fonds commun de ressources pour les soins de santé, géré par la filiale de la caisse d'assurance maladie dans l'*oblast*. Le plus grand problème auquel nous avons été confrontés au cours de la première année de la mise en œuvre était que les contributions de certaines collectivités locales étaient bien inférieures à ce que nous avions prévu. Nous avons toutefois réussi à les convaincre d'augmenter leurs contributions, et les problèmes ont été résolus.

Le ministère a inclus les collectivités locales et le gouvernement central dans le ciblage de ses campagnes d'information, afin d'entretenir l'intérêt et l'appui en faveur du régime du ticket modérateur à tous les niveaux, et a entamé d'intenses négociations avec les collectivités locales afin de maintenir le niveau de financement.

Mais c'est cette gestion au niveau macroéconomique qui préoccupe Tobias Schüth, de la Croix-Rouge. Il explique : « J'ai entendu dire que des administrations régionales retenaient des crédits budgétaires destinés aux hôpitaux en arguant du fait qu'ils reçoivent désormais de l'argent de la part des patients. Cela pourrait bien sûr remettre en cause tout le système ». Cela réduirait considérablement les niveaux de ressources alloués aux pauvres, car ils dépendent en partie des ressources globales pour leur accès gratuit. Il y a eu une tentative de réduction de ce financement, en particulier dans l'*oblast* de Chui, mais le ministère de la santé a fini par l'emporter. « Cette problématique », dit Joe Kutzin, « reste cependant une menace pour le modèle kirghize, et il faudra observer les choses de près ».

Avant les réformes, la santé représentait environ 25 % des dépenses des collectivités locales et constituait une grande responsabilité financière ainsi qu'une source de pouvoir hiérarchique. Avec la réforme du payeur unique – dont le ticket modérateur fait partie – on demande aux collectivités locales de maintenir ces 25 %, mais de renoncer à ce pouvoir. Cet aspect est considéré comme un véritable problème pour les réformes.

De l'avis de Tobias Schüth, la clé du succès du système de ticket modérateur dans l'avenir, c'est la confiance du public. Il explique :

La promesse que le système de ticket modérateur fait aux patients est la suivante : payez cette somme et rien de plus. Les gens risquent de perdre confiance dans le système ou de ne jamais la lui accorder, s'ils constatent que cette promesse n'est pas tenue. À mon avis, la difficulté ne consiste pas à faire accepter ce système, tel quel, aux gens, ni de le faire fonctionner au niveau hospitalier. La difficulté consiste à le faire fonctionner au niveau global tel qu'il a été conçu.

Les expériences particulièrement réussies dans les hôpitaux d'Issyk-Ata démontrent aussi combien les réformes dépendent de la volonté dont les hôpitaux font preuve de coopérer avec le système.

Globalement, la première phase du système de ticket modérateur est perçue comme un succès. Il faut maintenant réussir le passage à l'échelle nationale. Franchir ce pas permettrait de faire progresser le processus de réforme au Kirghizistan, grâce aux efforts du ministère de la santé. Tobias Schüth ajoute :

## La première phase de la politique de ticket modérateur au Kirghizistan

---

« La force motrice des réformes, c'est le ministre lui-même, qui était chef du département de réforme sanitaire avant d'être nommé au poste de ministre. Le ministère tout entier voue ses efforts aux réformes sanitaires. On y fait preuve de pensée innovatrice et d'ouverture d'esprit ».

Le succès des phases suivantes dépendra des facteurs mentionnés ici et de nombreuses autres variables, que l'équipe du ministère de la santé surveille de très près.



# Étude de cas 7

## Soins primaires dans les foyers de sans-abri à Łódź, en Pologne

*Steve Turner*

Łódź, en Pologne, compte quatre foyers de sans-abri, représentant 264 places, et deux centres d'hébergement d'urgence, de 138 places au total. Il y a 122 places pour femmes (réparties sur deux foyers et un centre d'hébergement d'urgence) et 280 places pour hommes (réparties sur deux foyers et un centre d'hébergement d'urgence). Pour l'instant, ces foyers répondent aux besoins des sans-abri de Łódź<sup>20</sup>.

Des médecins et infirmières visitent les foyers trois fois par semaine dans le cadre de l'« initiative Palma », fournissant des soins primaires à tous les résidents des foyers, quels que soient leurs droits au regard du système de santé polonais. Pour les examens médicaux et les soins spécialisés, ces médecins orientent les sans-abri vers l'hôpital et centre de consultations externes Palma.



*Salle de consultation au Foyer Saint-Albert*

En 2001, l'initiative Palma a procuré gratuitement les services suivants<sup>21</sup> :

- 5 200 consultations de médecin généraliste
- 720 consultations de spécialistes
- 380 consultations dentaires
- 100 examens oculaires
- 1 205 examens diagnostiques.

Les traitements hospitaliers, également gratuits, se sont montés à : 18 en 2000, 12 en 2001 et 8 en 2002 (de janvier à mars).

---

<sup>20</sup> Données fournies par la Société d'assistance sociale Saint Frère Albert.

<sup>21</sup> Le nom officiel de Palma est « Bureau central des soins de santé des établissements d'enseignement supérieur ».

## Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté

---

Parmi les foyers de sans-abri de Łódź, les deux hébergeant des hommes ont été sélectionnés pour démarrer cette initiative. On espère que les soins seront bientôt proposés aux foyers de femmes, mais, comme ils abritent beaucoup de femmes enceintes et de jeunes mères (qui ont droit aux soins primaires), la priorité a consisté à démarrer l'initiative dans les foyers abritant le plus grand nombre de personnes exclues des soins primaires.

Le système de santé actuel est administré par les 16 *voivodies* (administrations provinciales). Ils allouent les ressources aux hôpitaux et établissements de soins en fonction du nombre d'admissions d'un hôpital, plutôt qu'en fonction des soins concrets dont leurs patients ont besoin. Donc, si un hôpital a un petit nombre de malades hospitalisés, mais que ces malades ont besoin de beaucoup de soins, le financement par consultation de cet hôpital sera quand même inférieur à celui d'un hôpital ayant un plus grand nombre de malades hospitalisés mais dont les besoins en soins médicaux sont inférieurs. Les dépenses nationales de soins primaires sont actuellement de 100 zlotys (25 USD) par personne et par an<sup>22</sup>.

Le coût de l'initiative Palma, dont bénéficient directement ceux qui n'ont pas droit aux soins de santé et indirectement toute la communauté, relève du budget général alloué à l'hôpital Palma, calculé sur la base de son nombre d'admissions.

Le rédacteur, Steve Turner, s'est rendu à Łódź à la mi-février 2002, pour rencontrer les personnes participant à cette initiative.

### **Service municipal de santé publique**

Maria Lewicka est directrice du service municipal de santé publique. Ce service est très actif, procurant, à travers les divers hôpitaux et établissements de soins de la région, une vaste gamme de soins de santé. La ville participe au projet Villes-santé de l'OMS et à plusieurs autres initiatives volontaristes. « C'est le docteur Kowalski qui est à l'origine de l'initiative à Saint-Albert, » explique Maria Lewicka, « et elle existe uniquement à Łódź. Il existe des programmes dans d'autres villes, mais aucun ne fournit des soins réguliers comme celui-ci ». Elle est fière de ce programme, et certains de ces collègues dans le service également, mais ils sont préoccupés par son financement, qui provient pour le moment de leur budget sanitaire, déjà serré. Elle confirme que la plupart des résidents des foyers n'ont pas droit aux soins primaires : « En général, si vous ne travaillez pas ou que vous n'êtes pas inscrit au chômage, vous n'avez pas droit aux soins, sauf en cas d'urgence ».

---

<sup>22</sup> Source : service municipal de santé publique de Łódź.

## Soins primaires dans les foyers de sans-abri à Łódź, en Pologne

---

Le docteur Michał Kowalski est le directeur du Bureau central des soins de santé des établissements d'enseignement supérieur – connu à Łódź sous le nom de « Palma ». Son enthousiasme pour ce projet reflète son intérêt général pour les initiatives sociales ; il a mis en œuvre plusieurs initiatives de ce type depuis qu'il est directeur de Palma. Il commente : « Aider les gens qui ont besoin d'aide, cela relève du bon sens. C'est notre travail. Je ne travaille pas seulement pour les sans-abri de ce foyer, mais aussi pour les pauvres en général, les invalides, les enfants et les familles. Le problème est plus grave en Europe centrale et orientale qu'à l'ouest ». Dans le cas des soins de santé pour sans-abri, l'initiative a été mise en œuvre sous sa direction – son hôpital fournissant les services médicaux, les médecins chargés des visites, les soins hospitaliers et les autres spécialités médicales nécessaires.



*Le docteur Michał Kowalski,  
directeur de Palma*

Afin de contribuer à financer ce projet et d'autres projets d'ordre social, le service du marketing de l'hôpital a été chargé de trouver des ressources complémentaires à l'aide de parrainages, de la vente de produits et de collecte de fonds. La collecte de dons en espèces et de contributions des fournisseurs est également une démarche nouvelle pour l'hôpital.

Les personnes participant à l'initiative souhaitent apporter et maintenir un bon niveau de santé dans les foyers de sans-abri. Ils ont pu constater que la majorité des problèmes de santé que connaît le grand public touche également les résidents des foyers, qui souffrent en plus de troubles spécifiques liés à leur condition de sans-abri. En raison de la situation géographique et politique du pays en tant que porte d'entrée de l'Europe occidentale, le docteur Kowalski est conscient de la nature internationale des maladies que son hôpital doit soigner. « Łódź est un centre géographique et un carrefour commercial. La ville attire les sans-abri venant de l'ancienne Union soviétique et parfois d'aussi loin que de Chine, où les gens considèrent la Pologne comme le point d'entrée vers l'Occident. Cette migration entraîne de grands problèmes épidémiologiques. Parmi [les immigrés clandestins] arrêtés ici, il y a une grande variété de maladies – certaines presque oubliées en Europe centrale. » On considère que les sans-abri sont les premiers à contracter certaines de ces maladies rares, véhiculées par les immigrés clandestins. « Certains [résidents] du foyer de sans-abri sont en contact avec ces communautés immigrées par le biais de leur autre lieu de séjour – les prisons. »

## Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté

---

En 1999, la Pologne a accueilli 1 280 demandeurs d'asile et traité 2 864 demandes<sup>23</sup>. Le Gouvernement polonais prétend qu'un grand nombre de demandes abandonnées au cours des dernières années témoigne du fait que la plupart des demandeurs d'asile déposent une demande faute de mieux, tout en essayant d'aller plus à l'ouest. Le docteur Kowalski explique :

Nous devons soigner ces immigrés en transit, ... et certains d'entre eux séjournent au foyer de sans-abri. Leurs besoins sont les mêmes que [ceux des] réfugiés à long terme. Le fait qu'ils soient « de passage » ne veut pas dire qu'ils n'ont pas besoin de soins.

Nous avons également beaucoup d'étudiants qui viennent en Pologne de toute l'ancienne Union soviétique, et à Łódź, nous avons l'Institut national des langues pour toute la Pologne. Nous avons donc des étudiants originaires d'Asie, d'Afrique, des États-Unis et de Russie qui viennent aussi ici. Notre situation sanitaire globale est soumise à de grandes menaces potentielles, et notre foyer de sans-abri ne doit pas devenir un terrain fertile pour les maladies.

Le docteur Kowalski reconnaît que tous ces groupes minoritaires ont besoin de services de santé et œuvre pour procurer des soins à tous, en fonction de leurs besoins. Les sans-abri n'ont pas seulement des problèmes de santé ; ils souffrent aussi de dysfonctionnements psychologiques, au sein de leur famille et de leur groupe social. Le docteur Kowalski explique :

Notre intention est d'aider ces gens. Du point de vue purement médical, l'intervention est censée donner rapidement des résultats, mais nous aimerions aussi voir des projets dans les domaines de la prévention et de l'éducation sanitaire. De nombreux [résidents du foyer] passent des radios afin de dépister la tuberculose, on leur explique la situation et on les informe du résultat. Sur 200 examens radiologiques, 2 cas de tuberculose ont été constatés et un programme de soins a été mis sur pied. Nous pensons que c'est un bon exemple du résultat positif de l'initiative.

Parlant de l'avenir, le docteur Kowalski pense que l'on aura besoin de davantage d'aide internationale et que :

La responsabilité devrait incomber au gouvernement central et non pas aux collectivités locales. Cela coûte trop cher à la municipalité. De nombreux changements interviennent dans le sillage de l'immigration. La Pologne a une position géographique centrale par rapport à la région, et les changements accélèrent

---

<sup>23</sup> Comité américain pour les réfugiés. *Worldwide refugee information. Rapport sur la Pologne*. Washington, DC, U.S. Committee for Refugees, 2002 (<http://www.refugees.org/world/countryrpt/europe/2000/poland.htm>, consulté en mars 2002).

## Soins primaires dans les foyers de sans-abri à Łódź, en Pologne

---

les mouvements de populations, notamment parmi les pauvres qui migrent, en quête d'une vie meilleure. Łódź attirera de plus en plus de gens voulant se rendre en Europe occidentale, parce que la plupart des itinéraires et des moyens de transport en font un carrefour. Et ce sont les gens les plus pauvres, les sans-abri, qui voyageront illégalement et arriveront ici sans aucune couverture médicale. La pauvreté et les problèmes de santé sont vraiment une question internationale.

Pour lui, rendre publics les centres de soins s'occupant des sans-abri serait le modèle idéal.

Un autre programme en faveur des pauvres de Łódź, lancé par le docteur Kowalski, est la distribution quotidienne gratuite de pain pour ceux qui n'ont pas de quoi en acheter. Une boulangerie locale fournit gratuitement jusqu'à 300 pains chaque jour, et les gens savent qu'on les distribue à une entrée située à l'arrière de l'hôpital. Avant de quitter l'hôpital, le rédacteur a été invité à assister à la distribution de la journée. Une centaine de personnes de tous âges se pressaient dans l'entrée, sans trop de bousculades ; ils semblaient savoir d'expérience que le gros tas de pains prêts à distribuer était suffisant pour que chacun puisse recevoir son pain quotidien.

### Les foyers Saint-Albert

« Être bon, comme le pain » est inscrit au-dessus du dessin mural du saint-patron à Saint-Albert. L'œuvre a été réalisée par l'un des résidents du foyer, sur le mur de la salle commune. Ce foyer est l'un des deux dirigés par la Société d'assistance sociale Saint Frère Albert et se situe à environ 30 minutes du centre-ville de Łódź. Il se trouve à bonne distance de la route principale, et on y accède en empruntant une petite route défoncée, puis en continuant sur un chemin, pour enfin passer une grille en fer rouillé, s'ouvrant sur une allée déserte. Là, au beau milieu d'un champ couvert de neige, se trouve le foyer de sans-abri.



*Dessin mural de Saint-Albert, saint patron des foyers de sans-abri, par l'un des résidents*

*Le foyer de sans-abri Saint-Albert*



Visiter un foyer de sans-abri par un jour de tempête où la neige tombe presque à l'horizontale à travers le champ, met en relief certains des aspects pratiques de la condition de sans-abri. Mais une fois passé l'écriteau Patronat placé audessus de l'entrée principale, la sensation de chaleur

*Entrée du foyer Saint-Albert*



est immédiate, preuve qu'on a réussi à satisfaire ce qui doit être l'un des besoins les plus pressants pour les sans-abri pendant les mois d'hiver. Avec la chaleur, il y a aussi cette odeur de renfermé des bâtiments chauffés où des gens inactifs, découragés, passent leur journée à attendre. En temps normal, le règlement du foyer veut que les

résidents le quittent pendant la journée pour ne revenir qu'après 16 heures. Mais à cause du mauvais temps, cette règle a été assouplie.

Jerzy Czapla dirige les deux foyers Saint-Albert. Le médecin effectuant des visites régulières aux deux foyers compris dans l'initiative Palma est le docteur Pashinska.

Les foyers ont pour mission d'héberger les gens de façon transitoire, plutôt que de leur procurer un logement permanent ; on y aide les résidents de passage à trouver un emploi et un nouveau logement à plus long terme, tout en leur proposant un abri à court terme. Le séjour moyen est de moins d'un an, et la plupart des résidents partent en général au bout de six mois. En 2001, 50 hommes ont réintégré la société, après avoir reçu une aide à la réinsertion de la part du foyer, et vivent actuellement soit dans un logement de location soit avec leur famille.



## Soins primaires dans les foyers de sans-abri à Łódź, en Pologne

---

Environ la moitié des résidents sont sans emploi ni statut officiel, et ce sont eux qui bénéficient le plus de l'initiative Palma. Au moment de cette visite, il y avait 35 sans-abri au chômage, et tous recevaient des soins primaires uniquement grâce à l'initiative Palma.

Le docteur Pashinska fait ses visites dans ce foyer et dans le plus grand, où se trouvent l'administration principale et la restauration. Elle voit jusqu'à 20 ou 30 patients à chaque visite, administrant elle-même leur traitement, ou, éventuellement, les orientant vers des spécialistes ou vers les soins hospitaliers.

À leur arrivée au foyer, les sans-abri souffrent en général de maux prévisibles, étant donné leur mode de vie : ulcères, surtout de la jambe, maladies coronariennes, lichen plan, gelures, carence vitaminique, dermatites, hypertension artérielle, gale et poux. Mais il existe aussi des cas de tuberculose et d'autres maladies contagieuses.

Le foyer ne permet aucune forme d'alcool, mais l'alcoolisme est l'un des maux que le docteur Pashinska doit combattre. Il est difficile de dissocier la cause et l'effet quand on a affaire à la condition de sans-abri et à l'alcoolisme. Le docteur Pashinska explique :

Les soins en matière d'abus d'alcool ne sont donnés que sur une base volontaire, si le patient décide de se rendre dans un centre de consultations externes. Parfois, l'alcool est la cause et parfois le résultat, mais des soins spécifiques sont presque toujours nécessaires. Quand j'ai affaire à un alcoolique, je peux l'orienter vers un établissement organisant des thérapies de groupe pour le faire soigner. Mais il arrive qu'un patient semble être guéri, trouve un travail, puis profite de cet argent pour se remettre à boire.



*Résidents du foyer Saint-Albert*



*Le docteur Pashinska et Jerzy Czaplak*



## Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté

---

Aire « sociale » à Saint-Albert



En dehors de l'abus d'alcool, l'abus de drogues illicites et autres substances est rare parmi les résidents du foyer, principalement parce que ces substances sont hors de la portée financière de la plupart d'entre eux.

Un certain nombre de consultations sont ouvertes aux résidents du foyer. La consultation psychiatrique est un service récent. Des services spécialisés sont également proposés sous forme de visites de dentistes et d'opticiens. La salle de consultation du centre est équipée d'un fauteuil de dentiste et d'instruments, et peut aussi faire office de cabinet d'opticien.

### Financement

Quand un patient a droit à des soins primaires au titre du régime général, l'hôpital Palma peut récupérer une partie de ses frais par le biais de l'immatriculation du patient, mais quand ce n'est pas le cas, les frais sont pris en charge par le budget général de Palma. Si un examen ophtalmologique révèle que le patient a besoin de lunettes, les frais sont à la charge du foyer.

Les ressources du foyer proviennent de trois sources principales :

- la ville de Łódź donne 60 % – pour le bâtiment et un repas par jour ;
- les résidents qui travaillent pendant la journée versent une contribution au foyer ;
- le marketing – exposition de peintures, événements et vente d'œuvres – complète les ressources pour les dépenses de fonctionnement.

Le docteur Pashinska visite le foyer depuis deux ans. Lorsqu'on l'a contactée la première fois pour assumer la fonction de médecin chargé de ces visites, elle avait un certain nombre de réticences au sujet du travail, car elle avait un peu peur des sans-abri qu'elle rencontrait en ville, « ... mais le docteur Kowalski m'a demandé de le faire, alors, je l'ai fait. Maintenant je me suis habituée à eux, et on s'entend bien. Quand je rencontre des patients en ville, on se dit bonjour et on parle ». Elle s'entend avec certains mieux qu'avec d'autres, et quelques-uns sont devenus ses « amis ». Le directeur du foyer ajoute : « Ils ne pourraient pas vivre sans le docteur Pashinska. »

## Soins primaires dans les foyers de sans-abri à Łódź, en Pologne

---

Son évaluation du projet est globalement favorable : « Certains d'entre eux seraient restés malades – leur état aurait empiré – et pour finir, ils auraient eu besoin d'être hospitalisés en urgence. Donc, bien que l'hôpital supporte les frais de ce programme, il fait aussi des économies plus tard ». Dans le cadre de ce système global, où les soins préventifs sont une bonne politique économique, l'hôpital lui-même est l'un des bénéficiaires de sa propre initiative.



*Un patient, le docteur Pashinska et un infirmier, dans la salle de consultation*

Mais, comme le docteur Kowalski, le docteur Pashinska pense que l'on peut faire bien mieux encore : tout d'abord, il faudrait éliminer purement et simplement la raison d'être d'une initiative spécifique, en élargissant le système de santé de manière à comprendre des soins primaires pour tous. Cette mesure permettrait d'officialiser les coûts additionnels de la prestation de soins, et conduirait à un financement public. Plus important encore, cela permettrait d'étendre cette initiative locale à tous ceux qui sont dans le besoin. En ce qui concerne l'administration de ce programme, on pourrait tirer des avantages supplémentaires en organisant des visites de chirurgiens, en disposant de davantage de matériel de soins (tels que des pansements, des appareils de test et des seringues) et de ressources pour les médicaments, et en planifiant des visites plus fréquentes de l'équipe médicale.

Le docteur Pashinska pense que le programme de soins pourrait tirer profit d'une administration centralisée. « La nécessité de cette initiative subsistera tant qu'il y aura des patients en dehors du système de santé, parce que la loi exclut ceux qui ne sont pas inscrits. C'est un bon projet, mais il nous faut de l'argent pour le conserver, l'entretenir et l'étendre – les autres foyers [les foyers de femmes] ont aussi des besoins. »

Les soins sont une partie intégrante du processus de guérison global : « Quand ils reçoivent des soins médicaux appropriés les [résidents du foyer] se sentent plus respectés, plus utiles, et ont envie de reprendre leur place dans la société. Ils retournent souvent dans le monde extérieur lorsqu'ils trouvent un emploi, bien que ce soit un moment critique, surtout s'ils avaient un problème d'alcool. »

Mais les soins ne sont qu'une partie du problème des sans-abri. Le docteur Pashinska explique : « Si tout ce dont ils avaient besoin, c'était des soins, certains d'entre eux pourraient quitter le foyer assez vite ; mais bien qu'ils retrouvent la santé, ils n'ont toujours pas les autres ressources nécessaires pour

## Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté

---

réintégrer la société. Nous avons organisé le service de psychiatrie pour essayer de les aider à résoudre certains de leurs problèmes, mais ce service ne fonctionne pas depuis longtemps. D'autres formes d'assistance pourraient consister à [créer des possibilités] d'emploi. Il y a encore du travail à faire. »

Le directeur du foyer Saint-Albert, Jerzy Czapla, est conscient du rôle que joue l'initiative Palma dans le processus de réinsertion des sans-abri. Il explique :

Un grand nombre des [résidents du foyer] arrivent ici très malades. Cela fait partie de leur condition de sans-abri. En général, il y a un lien : soit ils sont malades parce qu'ils sont sans-abri, ou bien, étant malades, ils n'ont pas de travail, pas d'argent, et donc pas de domicile fixe. Autrefois, ceux qui n'étaient pas couverts par une assurance n'auraient eu accès qu'aux soins d'urgence, ce qui signifiait en pratique attendre jusqu'à ce que nous appelions une ambulance.

Pour Jerzy Czapla, la fonction principale du foyer est de renvoyer les gens dans la société et, pour cela, un bon état de santé est crucial : « Un retour à la santé n'est pas seulement un avantage, c'est parfois aussi la raison du succès. Grâce à Palma, nous pouvons aider tous ceux qui tombent malades. Nous avons eu beaucoup de gens qui ont pu quitter le foyer et trouver à s'employer après avoir été soignés par le docteur Pashinska ; avant, ils seraient tout simplement devenus encore plus malades. »

### De la maladie à l'emploi

L'expérience de Sławomir, arrivé au foyer après avoir vécu 12 mois dans la rue, illustre un grand nombre de ces aspects. Il y a quelques années, il était associé dans une petite entreprise d'électronique. La société marchait bien, lui

procurant un salaire supérieur à la moyenne et un mode de vie qui lui convenait. À la suite d'une querelle avec son associé, il fut arrêté, accusé de faits selon lui forgés de toutes pièces par son associé afin de l'évincer de la société. Sławomir fit un an de prison.

À sa sortie de prison, sa maison avait été saisie, il n'avait plus de travail et ne pouvait plus subvenir à ses propres besoins. Au début, il habita chez des amis, mais peu après sa sortie de prison, il se mit à boire, ce qui l'amena rapidement à quitter ses amis. Il se mit à vivre dans la rue. Il continua à boire et commença à avoir des problèmes d'estomac et de reins. Sławomir ignore longtemps ses

*Sławomir se souvient de son existence de sans-abri*



## Soins primaires dans les foyers de sans-abri à Łódź, en Pologne

---

symptômes, en buvant encore plus et en refusant d'admettre qu'il était en mauvaise santé. Quand il a fini par accepter le fait qu'il avait besoin d'aide, il savait qu'il ne pouvait pas aller à l'hôpital, car pendant qu'il vivait dans la rue, il était devenu marginal, sans affiliation ni droit aux soins hospitaliers. Pour trouver un abri, plutôt que des soins, il se rendit à Saint-Albert.

Une fois les premières procédures d'admission terminées, il fut envoyé chez le docteur Pashinska, qui soigna ses problèmes rénaux et gastriques, et l'orienta vers un centre de consultations externes où il suivit une thérapie pour alcoolique. Quand il raconte son histoire, Sławomir explique que l'alcoolisme n'était pas un problème majeur, mais simplement le résultat des circonstances, car il avait perdu son travail, son entreprise, sa maison et sa santé. Il reconnaît toutefois que, dans ses efforts pour surmonter l'alcoolisme, les séances de thérapie l'avaient beaucoup aidé.

« Au début, je ne savais pas trop s'il resterait pendant les séances de thérapie », dit le docteur Pashinska, « parce qu'il était encore sous le choc de ce qu'il avait vécu et ne semblait pas prêt à réagir ». Mais il a réussi à surmonter tout cela, et le traitement qu'il a reçu pour les autres problèmes de santé qu'il présentait a également fait de l'effet.

Environ six mois après être entré au foyer, Sławomir pensait qu'il était prêt à envisager de partir, mais pour ce qui était de trouver un emploi, son séjour en prison constituait désormais un obstacle : « Cette histoire [avec mon associé] était encore très présente, et je ne pouvais pas contourner le fait que j'avais fait de la prison. Je suis comptable de métier, et les employeurs n'aiment pas trop embaucher à ce poste quelqu'un qui a fait de la prison ». Mais, en même temps que Sławomir cherchait du travail à l'extérieur du foyer, Saint-Albert avait besoin de quelqu'un pour s'occuper de la comptabilité et de l'administration. Sławomir s'est présenté pour le poste et il travaille maintenant pour le foyer, dans le cadre d'un contrat de travail en bonne et due forme. Un mois avant de rencontrer le rédacteur, Sławomir a emménagé dans son propre appartement. Il est très heureux d'avoir retrouvé son indépendance, il est satisfait de son travail et de son logement. Il raconte : « Les autres [résidents] du foyer m'aident à décorer et à retaper mon appartement ».

À plus long terme, il trouvera peut-être un autre emploi dans la comptabilité, bien que selon lui, son passage en prison lui posera toujours des problèmes dans ce domaine. Mais son traitement au foyer, et en particulier les soins de santé qu'il a reçus dans le cadre de l'initiative Palma, ont contribué à faire de lui, autrefois fardeau pour le système social et sanitaire, un individu apportant sa contribution à la communauté au sein de laquelle il vit, et au foyer qui l'a sauvé d'un sombre avenir, fait d'une existence de sans-abri et de malade.

### **Les sans-abri en Pologne et le coût d'une extension à plus grande échelle**

On ne connaît pas encore le nombre exact des sans-abri en Pologne (un recensement global aura lieu en 2003), mais on peut en faire une estimation en comparant le nombre d'inscriptions au registre de l'état civil et le nombre de personnes ayant déménagé sans s'être réinscrites au registre depuis un certain temps. Cette méthode a permis d'estimer le nombre des sans-abri à 300 000–350 000. En outre, les immigrés clandestins et les étrangers de passage pourraient, selon le docteur Kowalski, représenter 50 000 personnes supplémentaires<sup>24</sup>. Si les dépenses annuelles en soins primaires se maintiennent au niveau de 25 USD en moyenne par personne, le coût annuel d'une extension des soins primaires à tous ces sans-abri, quel que soit leur statut au regard du registre d'état civil, s'élèverait à environ 10 millions d'USD. Ce chiffre, bien qu'approximatif, suggère que l'accès aux soins essentiels pour les sans-abri sur une plus grande échelle n'est pas hors de portée.

### **Enseignements tirés**

L'initiative Palma propose des solutions qui pourraient être utiles à d'autres centres municipaux. Elle n'a toutefois pas fait l'objet de publicité en dehors de la presse locale et, à l'exception du projet « Villes-santé » polonais, il semble y avoir peu de contacts entre les zones urbaines pour faciliter l'échange de ce type d'expériences. L'initiative Palma n'était pas connue des personnes avec lesquelles le rédacteur a parlé pendant son séjour à Varsovie, où le problème des sans-abri existe aussi.

Après la mission qu'un homme s'était fixée d'« aider les gens qui ont besoin d'aide », l'étape suivante consistait à encourager les personnels de santé existants à se lancer dans un tel travail. La réticence initiale du docteur Pashinska, en raison de la nature « intimidante » des sans-abri, s'est transformée en sympathie et en intérêt professionnel pour les gens qu'elle soigne dans les foyers. Le développement de compétences similaires, ainsi qu'une ouverture d'esprit envers les pauvres et les sans-abri, pourraient être un premier pas vers la mise en œuvre d'initiatives du même ordre dans d'autres endroits. Le choix du point de départ n'était pas fortuit : les deux foyers ont été sélectionnés parce que les ressources nécessaires étaient disponibles et que les résultats pourraient être évalués. Il s'agissait des foyers pour hommes, et non des foyers pour femmes, parce que c'était là que le besoin était le plus grand. L'efficacité de l'initiative est évidente et les coûts financiers supplémentaires, qui auraient pu constituer une lourde charge, sont en partie supportés par le service du marketing de Palma,

---

<sup>24</sup> Les estimations ont été réalisées avec l'aide de Mme Lucyna Nowak, directrice du bureau des statistiques de l'État. La Pologne a une population de 38,7 millions d'habitants (estimation décembre 2000. *Source* : The Economist Intelligence Unit).

## Soins primaires dans les foyers de sans-abri à Łódź, en Pologne

---

qui collecte des fonds supplémentaires pour l'initiative. Bien qu'il ne s'agisse manifestement pas de la source de financement la plus importante, la vente d'œuvres réalisées par les résidents du foyer et les dons de matériel ont contribué à financer le projet et à favoriser un état d'esprit d'entraide et l'indépendance économique.

L'expérience de Łódź suggère que les dépenses en matière de soins primaires, plutôt que de soins d'urgence, pourraient être une façon efficace d'améliorer la santé des sans-abri et la santé publique en général, et de réduire l'un des déterminants de la pauvreté.

# Étude de cas 8

## Prévention et acceptation sociale : traitement des maladies sexuellement transmissibles en République de Moldova

*Jen Tracy*

Enceinte et atteinte de syphilis, Radika, 22 ans, est soulagée de pouvoir aujourd'hui faire soigner sa maladie sans perdre son droit à l'emploi pour les cinq années à venir, sans être hospitalisée sous escorte de police, et sans avoir à craindre que son mari soit enlevé à leur foyer pour subir le même sort inhumain.

Radika est soignée au dispensaire d'État de dermatovénérologie de Chisinau, de façon strictement confidentielle. On ne lui a demandé de fournir aucun papier d'identité, aucune adresse, ni aucune information concernant ses précédents partenaires. « Seuls mon mari et moi sommes au courant de ma maladie », dit-elle.

Il y a moins de 10 ans, Radika aurait été forcée de toujours porter sur elle son certificat d'immatriculation en tant que patiente atteinte d'une maladie sexuellement transmissible (MST) – un certificat qui l'aurait empêchée d'obtenir un emploi ou de voyager librement. Et elle



*Salle d'examen au dispensaire  
d'État de dermatovénérologie  
de Chisinau*



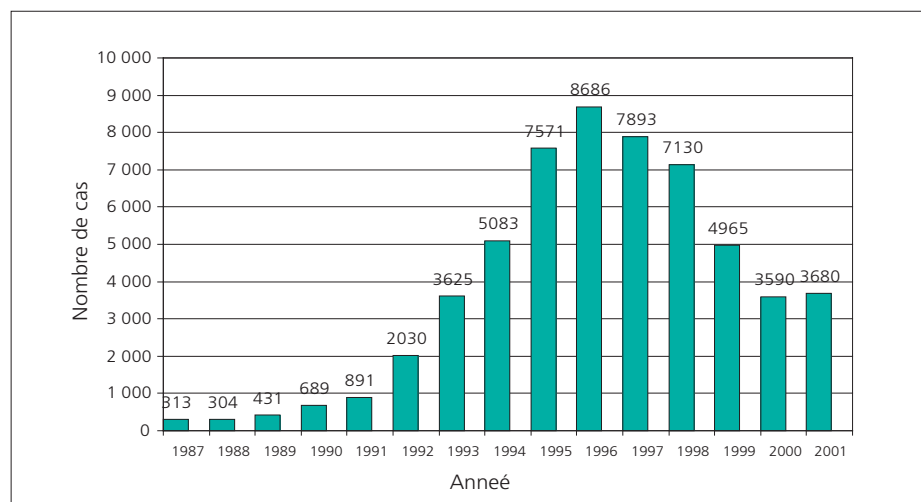
## Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté

n'en aurait pas informé ses partenaires elle-même ; une enquête de police l'aurait fait à sa place. Le nouveau système, qui a connu une mise en œuvre lente mais progressive depuis 1996, a permis d'éliminer les craintes que les gens avaient, sous l'ancien système, de se faire soigner lorsqu'ils étaient atteints de MST et de les inciter à se présenter d'eux-mêmes dans les cliniques – facteur extrêmement important pour enrayer la propagation de la maladie.

Durant les années 1990, la République de Moldova, comme d'autres anciennes républiques soviétiques, connut une stagnation économique sans précédent, doublée d'une inflation galopante. La situation sociale se détériora rapidement et la flambée des cas de MST et d'infection à VIH prit des proportions épidémiques. L'insécurité des citoyens – en matière d'économie et de santé en particulier – devint endémique, et tous les paramètres de la qualité de la vie s'aggravèrent brusquement. Le poids des réformes économiques retomba rapidement sur les épaules des habitants les plus pauvres du pays – ceux qui avaient le plus besoin de protection sociale.

Au début des années 1990, l'incidence de la syphilis (voir fig. 5) a été multipliée par 10,6 en République de Moldova, atteignant en 1996–1997 un niveau record d'environ 200 cas pour 100 000 habitants, selon les données du ministère de la santé. À partir de 1997, l'incidence de la syphilis commença à diminuer, puis à se stabiliser quelque peu, avec 97,4 cas pour 100 000 habitants en 2000 et 111 cas pour 100 000 habitants en 2001. La blennorragie et l'infection à VIH ont également suivi un parcours épidémique, pour se stabiliser vers la fin de la décennie. En 1997, le nombre de nouveaux cas

Figure 5. Incidence annuelle de cas déclarés de syphilis nouvellement diagnostiquée en République de Moldova, de 1987 à 2001



Source : Base de données de la Santé pour tous de l'OMS (données pour 1987–1999).

Note : Les données pour 2000–2001 ont été reçues directement des autorités nationales de santé.

## Traitement des maladies sexuellement transmissibles en République de Moldova

d'infection à VIH a augmenté de façon inquiétante (voir fig. 6). Aujourd'hui, selon le ministère de la santé, il y a 1 482 cas déclarés d'infection à VIH et 39 cas déclarés de sida – 83 % d'entre eux étant liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse.

Une impressionnante analyse de situation de 354 pages, préparée à la demande du ministère de la santé, attribue à la propagation de la maladie un certain nombre de changements transitoires, notamment les questions de migration, les changements marqués dans le comportement sexuel, un accroissement alarmant de l'usage de drogues, les grandes lacunes en matière d'éducation sexuelle et le trafic des femmes.

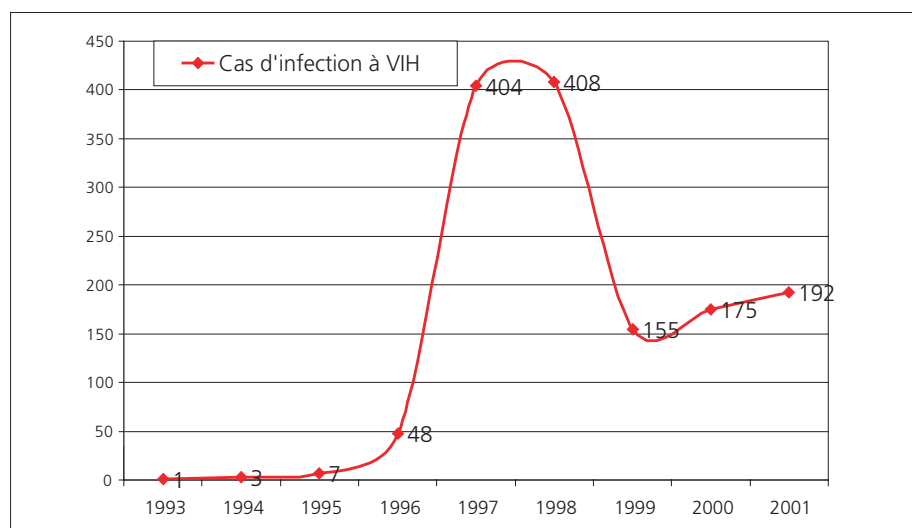


Figure 6. Incidence annuelle de cas déclarés d'infection à VIH en République de Moldova, de 1993 à 2001

Source : CENTRE EUROPÉEN POUR LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU SIDA. *Surveillance du VIH/sida en Europe. Rapport du deuxième semestre 2001*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2002.

Par ailleurs, la République de Moldova connaît une grave crise démographique, avec un déclin annuel de la population de 12 000 à 14 000 personnes. Le ministère de la santé craint que la situation ne soit encore aggravée par les épidémies de MST et d'infection à VIH. Le rapport souligne également que la pauvreté est non seulement l'une des principales causes de l'épidémie, mais c'est aussi le « boulet » qui en rend extrêmement difficile l'éradication.

D'après l'analyse de situation :

La sécurité économique est un facteur important pour la sécurité de l'être humain et pour son développement durable. En relation avec les besoins fondamentaux de l'être humain, tels que nourriture, abri, santé, etc., la sécurité économique

## Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté

---

présuppose un environnement favorable pouvant conduire à des conditions de vie décentes ... La République de Moldova se caractérise par un niveau relativement insuffisant de sécurité économique, ce qui a un impact négatif sur le développement humain.

Le résultat final, conclut l'analyse, est que les Moldaves sont devenus plus sensibles et plus vulnérables aux menaces socioéconomiques, y compris les MST, l'infection à VIH et le sida. Au lieu de se préoccuper de graves questions sanitaires, ils doivent d'abord se préoccuper de leurs moyens de subsistance. Au cours des premiers mois de 1999, le salaire en tant que source de revenus ne constituait qu'un cinquième du revenu disponible. Aujourd'hui, le salaire national moyen est inférieur à 20 € par mois. Le ministère de la santé craint que la situation économique défavorable du pays ait pour conséquence le fait non seulement que les gens sont beaucoup plus vulnérables aux contaminations et aux maladies, mais aussi qu'ils ne cherchent pas à recevoir ou ne reçoivent pas d'éducation dans ce domaine, et se concentrent exclusivement sur leur survie économique.

Confidentialité et anonymat ne sont que l'un des aspects de la réforme mise en œuvre dans le cadre de la stratégie du gouvernement, dans sa lutte pour enrayer l'épidémie. Le premier programme national du ministère visant à combattre l'émergence des MST, de l'infection à VIH et du sida a été mis en œuvre entre 1995 et 2000, et les résultats ont été relativement positifs en termes de garantie de la confidentialité, de passage des soins hospitaliers coûteux aux soins externes plus abordables, et de dépistage et soins gratuits pour les patients atteints de syphilis, de blennorragie et d'infection à VIH. Selon le docteur Alexander Gromyko de l'OMS, ces changements doivent être considérés comme « révolutionnaires ».

Le 18 juin 2001, le gouvernement a commencé à mettre en œuvre un deuxième programme national, centré cette fois-ci sur la prévention. Ce programme comporte huit stratégies concrètes en faveur de la prévention parmi les toxicomanes par voie intraveineuse et les jeunes, et garantit la sécurité des transfusions sanguines. Le programme prévoit également une aide médicale et un soutien social aux personnes atteintes d'infection à VIH et à leur famille, ainsi que la surveillance épidémiologique et le contrôle de ces maladies par l'État.

Bien que le premier programme national ait remporté un succès louable, la poursuite des progrès dépendra de la stabilité économique du pays, du soutien du gouvernement, ainsi que de la poursuite et de l'intensification de l'aide des bailleurs de fonds internationaux et des partenaires non gouvernementaux locaux. Le ministère reconnaît que les épidémies de MST, d'infections à VIH et

de sida s'accompagnent de problèmes qui sont « trop complexes et divers pour que le gouvernement et les organisations non gouvernementales puissent y faire face seuls. Ce phénomène soulève des questions socioéconomiques, juridiques, déontologiques et des questions relatives aux droits de l'homme auxquelles il faudra trouver une réponse adéquate si l'on veut lutter efficacement contre l'épidémie ».

### Aspects sociaux : confidentialité, confiance et prévention

Pour un jeune homme sérieux et grave de 23 ans, venu chercher des conseils et faire un bilan de santé au Centre national de prévention et de contrôle du sida de Chisinau, une brève rencontre anonyme d'un soir, dans une station balnéaire de la mer Noire en août 2001, est aujourd'hui source de regrets éternels. Le jeune homme, qui a demandé à ce que son nom ne soit pas mentionné, a été testé séropositif au VIH en janvier 2002. Il raconte : « Quand j'ai appris la nouvelle, je n'ai pas su quoi faire, quoi penser. Mais ce centre offre de très bons conseils. Sans leur aide, je ne m'en serais pas sorti ».

Aujourd'hui, lui-même diplômé en médecine, ce jeune homme victime du VIH a pour objectif de se servir de sa propre expérience

pour éduquer et conseiller d'autres jeunes sur les dangers de l'infection à VIH, du sida et des MST. Cet objectif est aussi celui du ministère de la santé – enrayer une épidémie de maladies sans précédent dans le pays. On espère que les gens n'attendront pas d'être reconnus séropositifs pour prendre conscience de la gravité de la situation.

Pour changer les comportements à risque échappant de plus en plus à tout contrôle, l'éducation intensive de la population est fondamentale. Dans son analyse de situation de 2000, le ministère de la santé présente une étude extensive des comportements sexuels des adolescents et des adultes, l'accent étant mis principalement sur les jeunes, groupe plus sensible aux mutations sociales du pays. Une enquête sur groupe cible, réalisée par l'ONG suédoise CIVIS, a montré que les principales préoccupations des adolescents moldaves sont liées à l'instabilité économique.



*Laboratoire d'analyses sanguines  
au Centre national de prévention  
et de contrôle du sida*

## Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté

---

De manière générale, l'enquête révèle que la plupart des jeunes ont une connaissance rudimentaire des MST, de l'infection à VIH et du sida, ainsi que de leurs causes et de leurs conséquences. Certains jeunes ont déclaré que prendre des précautions contre ces dangers ne servait à rien, que tout est une question de chance ou de malchance. Et les choix comportementaux en cas de contamination ont révélé un manque évident de compréhension de la gravité de la situation. Selon l'enquête, la plupart des adolescents ont déclaré que, s'ils contractaient une MST, ils essaieraient de se soigner tous seuls avant d'aller voir un médecin. La raison principale étant la « pudeur » et le problème de la confidentialité.

D'après le ministère de la santé, le développement social de la République de Moldova est caractérisé par un passage d'une culture sexuelle basée sur des principes traditionnels à une culture sexuelle urbaine. C'est pourquoi l'intensification de l'éducation sanitaire des jeunes – et les efforts visant à modifier les comportements sexuels – sont impératifs. Comme le mentionne l'analyse de situation :

L'ouverture des frontières rend plus aisés les contacts personnels et la communication humaine et, dans le même temps, facilite la propagation de l'infection à VIH, du sida et d'autres maladies, que notre société et notre système de santé n'avaient encore jamais rencontrés sous forme de phénomène de masse. ... [Bien que la jeunesse dise avoir des notions de ces maladies], le niveau des notions mentionnées et le degré de leur mise en pratique avant la première expérience sexuelle et tout au long de la vie sexuelle sont clairement insuffisants [comme le montrent les statistiques].

Le ministère, avec l'aide de nombreuses ONG locales et internationales, a préparé et commencé à mettre en œuvre un programme éducatif polyvalent promettant de changer tout cela. Le large éventail de documents, de programmes de radio et de télévision, de numéros d'appel et de séminaires itinérants témoigne de l'empressement du ministère à cibler la prévention. Le docteur Stefan Gheorghita, directeur du Centre national de prévention et de contrôle du sida, explique que l'éducation et la prévention sont les clés du nouveau programme national du ministère. Pour preuve de ces efforts, le médecin montre trois manuels du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), qui ont été traduits en russe et en moldave, et distribués dans les écoles du pays. Il ajoute que des séminaires spéciaux sont organisés pour former les enseignants à donner des cours d'éducation sanitaire soulignant la gravité du problème des MST, de l'infection à VIH et du sida.

Le centre de prévention lui-même est assez impressionnant, avec des médecins, des techniciens de laboratoire et des conseillers énergiques et dévoués. Grâce à

## Traitement des maladies sexuellement transmissibles en République de Moldova

---

l'aide apportée par des organisations internationales telles que l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et l'ONUSIDA, la clinique est équipée de moyens



*Centre national de prévention et de contrôle du sida – colis et information à l'intention des toxicomanes*

modernes, et son personnel est fier de dire qu'elle fonctionne conformément aux normes internationales dans tous les domaines. La qualité des conseils aux patients, comme en témoignait le jeune homme séropositif interrogé, est du plus haut niveau.

La clinique s'efforce également d'enrayer la contagion en procurant aux toxicomanes des aiguilles propres, des préservatifs et des produits désinfectants – le tout conditionné dans un colis rempli de documentation sur la prévention. La clinique surveille de près la distribution de ces colis, et les aiguilles propres sont données en échanges d'aiguilles usagées, que la clinique stérilise.

Au centre de prévention, le jeune homme séropositif reconnaît que les efforts s'intensifient, mais qu'il reste encore beaucoup à faire. Il explique : « Les choses s'améliorent, et les gens sont de plus en plus conscients du problème, mais nous devons continuer à les informer et à les éduquer sur la façon de se protéger et d'aider et soutenir ceux qui sont contaminés, parce que ces gens-là sont très seuls ». Il ajoute que la situation est préoccupante au sein de la communauté homosexuelle, parce que « aucun de ceux à qui j'ai parlé ne croit qu'il est nécessaire de prendre des précautions ».

Bien que la prévention soit généralement considérée comme la priorité numéro un du ministère, les réformes visant à remplacer le traitement brutal basé sur l'intimidation des personnes atteintes de MST par des solutions fondées sur la confidentialité et l'anonymat ont également été très importantes et ont remporté un grand succès. Ces réformes ont rempli leurs fonctions essentielles : convaincre les gens de se présenter d'eux-mêmes dans les centres de soins et encourager la confiance dans le système de santé publique. « Aujourd'hui, nous proposons des services anonymes et confidentiels. Il n'y a pas d'enquête,

## Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté

*Le dispensaire d'État de  
dermato-vénérologie à Chisinau*



seulement des soins, » dit le docteur Viorel Calistru, directeur du dispensaire d'État de dermato-vénérologie de Chisinau.

Le docteur Gromyko de l'OMS décrit les changements spectaculaires qui ont eu lieu :

Les gens peuvent désormais se rendre librement aux centres de soins s'ils craignent d'avoir été contaminés. Avant, ils auraient essayé d'éviter de se faire soigner. La police était postée aux portes des hôpitaux et les patients n'étaient pas autorisés à sortir. La police se rendait même à leur domicile. Si un mari était testé positif pour une MST, la police emmenait la femme par la force pour lui faire subir un examen clinique et un traitement.

Et il y avait également d'autres répercussions sociales, tels que le chômage forcé, ce qui augmentait la pauvreté déjà chronique.

Dans le cadre du nouveau système, 50 % des patients atteints de syphilis et 40 % de ceux souffrant de blennorragie ont reçu des soins anonymes au cours de l'année 2001. Le docteur Calistru explique : « Il est essentiel que les gens aient confiance dans les services publics de manière à ce qu'ils n'évitent pas les soins, risquant ainsi de continuer à propager la maladie. Nous n'aurions pas pu imaginer un tel système il n'y a même pas dix ans ».

La responsabilité d'informer les partenaires à risque incombe désormais aux patients eux-mêmes. Pour les y aider, le docteur Calistru explique que les cliniques tentent de faciliter les choses pour les patients, et de leur parler de l'urgence d'informer tous les partenaires avec lesquels ils ont pu être en contact. Chaque patient reçoit une carte contenant son numéro de patient codé, mais pas de nom, ainsi que l'adresse du centre dans lequel il suit un traitement. En bas de la carte, la clinique garantit la stricte confidentialité. Les patients contaminés reçoivent autant de cartes que nécessaire à distribuer, anonymement ou en personne, à leurs partenaires. Jusqu'ici, il n'y a aucun moyen d'évaluer le succès de ce programme. Et une grande part de son succès dépendra de la poursuite des efforts d'éducation de la population, qui visent instamment à convaincre les patients contaminés d'informer leurs partenaires des risques de contagion.





*Le docteur Viorel Calistru,  
directeur du dispensaire d'État  
de dermatovénérologie*

« L'idée », dit le docteur Calistru, « c'est que nous travaillons tous dans le même but, que les patients doivent collaborer avec nous. Toutes nos actions ont été centrées sur les intérêts des patients, et c'est une façon beaucoup plus efficace de faire les choses ».

Proposer un dépistage et des soins gratuits pour la syphilis, la blennorrhagie et l'infection à VIH est une part importante de ce plan. Le docteur Calistru précise :

Si vous étudiez la situation de ces patients, 80 % d'entre eux ont des emplois précaires et ils n'ont pas la possibilité de recevoir des soins, à moins que ceux-ci soient gratuits. Tout cela est en rapport direct avec les efforts de réduction de la pauvreté dans notre pays. Les pauvres doivent avoir gratuitement accès aux soins, ou alors nous ne verrons jamais la fin de l'épidémie de MST ; les gens continueront à propager la maladie et seront plongés dans une spirale de pauvreté, en raison de leur incapacité à travailler, voire du décès d'un soutien de famille.

### **Aspects médicaux : restructuration et durabilité**

Si le deuxième plan national de la République de Moldova se concentre principalement sur la prévention et l'éducation en matière de santé, le premier programme, mis en œuvre de 1995 à 2000, mettait l'accent sur la restructuration du système de santé en vue de mieux faire face à l'épidémie de MST.

La restructuration est censée être profitable à la fois aux patients et aux établissements de soins : les patients reçoivent gratuitement un service de dépistage et un traitement, et les hôpitaux font des économies en raison du passage des soins hospitaliers coûteux à des soins externes plus abordables. D'après le docteur Calistru, l'une des premières étapes les plus importantes a été la centralisation du dépistage des MST et de l'infection à VIH. L'année

dernière, dit-il, dans tout le pays, 470 000 personnes ont pu passer un test de dépistage gratuit. Le dépistage a concerné tous les patients hospitalisés et les femmes enceintes, les personnes dont le métier l'exigeait, les donneurs de sang et les personnes voulant se marier. Aujourd'hui, explique le docteur Calistru, tous les hôpitaux et centres de soins peuvent démarrer le traitement des personnes contaminées dans les 24 heures suivant le dépistage – un résultat appréciable, qui a contribué à réduire la période sans traitement et la contagion.

La décision récente de passer du diagnostic en laboratoire à la prise en charge syndromique<sup>25</sup> promet également de réduire l'intervalle de temps séparant le dépistage du traitement. En 1997, alors que le processus de réforme était engagé, un rapport de l'OMS sur la situation exprimait des préoccupations au sujet du fait que les médecins de la République de Moldova faisaient preuve de résistance envers l'approche syndromique. Malgré les retards dans le traitement dus aux tests diagnostiques, certains médecins pensaient encore que, pour les patients, ces tests étaient un indicateur de la qualité du service. Le docteur Calistru explique que la résistance n'est plus à prendre en compte à l'heure actuelle, et le ministère de la santé a déjà ordonné le passage à l'approche syndromique ; il œuvre désormais pour former les médecins et fournit des instructions détaillées sur la nouvelle méthode à tous les personnels. Bien qu'on en soit encore à la phase de mise en œuvre, le docteur Calistru dit que les médecins ont été préparés et se déclarent prêts pour le changement. Abandonner les diagnostics en laboratoires, très coûteux, permettra aussi de réduire la charge financière pesant sur les hôpitaux et les cliniques.

La République de Moldova a fait des progrès considérables dans le processus visant à faire des soins externes le mode principal de traitement de la syphilis et de la blennorragie. Selon le docteur Calistru, à l'exception des femmes enceintes, des cas de neurosyphilis et de la population sans-abri incontrôlable, tous les patients atteints de MST sont soignés dans des centres de consultations externes. « Ce nouveau système convient beaucoup mieux aux patients », dit-il.

---

<sup>25</sup> L'approche traditionnelle du diagnostic et de la gestion des MST présumées passe par le diagnostic en laboratoire en vue de déterminer la présence d'agent(s) étiologique(s). Cette approche est coûteuse, aussi bien en termes de diagnostic que de maintenance d'infrastructure des laboratoires, et entraîne des retards dans le diagnostic et, souvent, dans le traitement. L'approche syndromique utilise des algorithmes cliniques et l'éventail des symptômes et signes cliniques pour déterminer la thérapie antimicrobienne à appliquer. Les avantages de l'approche syndromique sont, entre autres : traitement accéléré, soins dès la première consultation, économie de coûts grâce à l'élimination des analyses en laboratoire, et satisfaction accrue des patients envers les soins fournis. Le principal inconvénient est le coût du diagnostic et des soins excessifs lorsque des antimicrobiens multiples sont administrés à des patients sans (ou avec une seule) infection.

## Traitement des maladies sexuellement transmissibles en République de Moldova

---

La formation interhospitalière sur les méthodes de traitement et la prévention a également été l'une des priorités des deux programmes de la République de Moldova visant à éradiquer les MST. Les médecins et autres personnels soignants sont non seulement tenus d'assister à une série de cours sur les nouvelles méthodes de traitement et de prévention, mais ils doivent également consacrer six heures par mois à la prévention – en général sous forme d'exposés destinés à la jeunesse, dans les écoles et universités.

En ce qui concerne la prévention, le ministère de la santé a également reconnu la nécessité de collaborer avec les ONG locales, qui disposent de davantage de temps et d'expérience dans le travail sur le terrain. La clinique du docteur Calistru a formé des membres du personnel de l'ONG locale Jeunesse pour le droit de vivre sur la manière de répondre aux questions des gens au sujet des MST, de l'infection à VIH et du sida.

L'analyse de situation du ministère identifiait clairement la nécessité, pour le gouvernement, de mettre en place autant de partenariats que possible : « Notre vision ... est d'étendre le nombre de partenaires participant à l'action nationale. Pour ce faire, nous concentrerons des activités dans les secteurs critiques afin d'avoir le plus grand effet possible dans la lutte contre la propagation de l'épidémie. »

Le docteur Calistru explique qu'en proposant des soins gratuits aux patients atteints de MST, le nouveau programme s'efforce de réduire le fardeau de la pauvreté pesant sur la population la plus démunie du pays. Avant la mise en œuvre du programme, les patients devaient généralement se procurer eux-mêmes et à leurs frais les médicaments qui coûtaient entre 100 et 300 lei (entre 6 et 8 €).

Le coût des soins venait s'y ajouter.

Dans un pays où le salaire moyen est inférieur à 20 € par mois et où 80 % des habitants ont des revenus précaires en raison des

arriérés de salaires, des paiements en nature et du chômage croissant, le coût de



*Le bureau de l'ONG « Jeunesse pour le droit de vivre » à Chisinau*

## Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté

---

tels soins est prohibitif. Si le système ne parvient pas à soigner suffisamment de gens, dit le docteur Calistru, l'épidémie ne pourra jamais être jugulée, or seuls des soins gratuits pourront attirer les gens vers les centres de soins.

Bien que le traitement de la syphilis, que ce soit au niveau hospitalier ou externe, soit désormais officiellement gratuit, il existe des exceptions – qui sont toutefois loin d'être la règle – lorsque des médecins réclament des dessous-de-table, de montants limités, pour leurs services. Olya, 18 ans, et Radika, 22 ans, toutes deux enceintes et atteintes de syphilis, ont déclaré qu'on leur avait demandé de payer une petite somme pour leur traitement à la clinique publique. « Si j'ai bien compris », dit Olya, « nos 20 premiers jours sont gratuits, mais les 10 jours suivants coûteront 100 lei (environ 6 €) ».

La situation est symptomatique de l'énorme fardeau de la pauvreté pesant sur toutes les couches de la société. Les médecins gagnent généralement la maigre somme de 17 à 20 € par mois et, comme le reste de la population, ils font ce qu'ils peuvent pour survivre.

Le docteur Calistru, pour sa part, assure que cet incident n'est pas un phénomène courant en ce qui concerne les soins aux patients atteints de MST, et que les patients dans leur ensemble reçoivent tous les soins auxquels ils ont droit, malgré les « initiatives individuelles » de certains médecins.

Si la gratuité du dépistage et des soins aux patients atteints de MST est nécessaire pour attirer suffisamment de personnes contaminées vers les centres de soins et enrayer ainsi la contagion, elle constitue aussi une charge financière supplémentaire pour un système de santé déjà pauvre. Et la poursuite de ces programmes nationaux, de ces « changements révolutionnaires » et de leur succès représente un enjeu de taille pour l'un des pays les plus pauvres d'Europe. « Mais d'un autre côté, » dit le docteur Calistru, « si vous réduisez la maladie, vous augmentez vos ressources ».

Le docteur Gheorghita avertit que la durabilité dépendra d'une série de facteurs, et notamment du succès des réformes dans d'autres secteurs du gouvernement. « Ce n'est pas uniquement une question médicale », explique-t-il, « c'est aussi une importante question économique et politique ».

### **Enseignements tirés**

Si l'on a tiré un enseignement de la lutte contre l'épidémie de MST en République de Moldova, c'est bien que la prévention est la seule issue. Et le pays l'a appris à ses dépens.

Au début de l'épidémie, le premier programme du gouvernement avait visé avant tout la restructuration du secteur médical, la prévention cédant le pas à d'autres réformes. Le deuxième programme national, commencé en juin 2001, a rectifié le tir : la totalité des huit étapes détaillées de la stratégie concerne la prévention à tous les niveaux.

« Les gens ont consacré beaucoup de temps aux analyses ces 10 dernières années, alors qu'ils auraient dû penser davantage à la prévention », explique le docteur Gromyko de l'OMS. « Mais, plus récemment, les choses ont commencé à changer. Ils ont fini par comprendre que la prévention primaire était l'aspect le plus important. »

Le changement de stratégie se reflète amplement dans le grand nombre de dépliants, manuels et autres documents disponibles dans tous les centres de soins et distribués dans les écoles, universités et séminaires itinérants. Le docteur Calistru et le docteur Gheorghita déclarent tous deux s'engager à éduquer le public sur les dangers de l'épidémie.

Compte tenu des ressources limitées du gouvernement, renforcer la prévention est plus facile à dire qu'à faire. Mais c'est justement là qu'un autre enseignement important a été tiré, dit le docteur Gromyko : « La République de Moldova a découvert le rôle essentiel que les organisations non gouvernementales peuvent jouer dans la prévention. Ce sont d'excellents outils de soutien. C'est l'une des évolutions les plus appréciables de ces dernières années ».

Le ministère de la santé connaît un certain succès dans sa lutte contre les MST, l'infection à VIH et le sida, mais poursuivre ce succès dépendra des ressources publiques, qui sont d'ores et déjà à la limite de l'épuisement. Sans une démonstration manifeste du soutien des plus hautes autorités du pays, et l'aide de nombreux autres partenaires et bailleurs de fonds locaux et internationaux, les progrès d'aujourd'hui pourraient aisément devenir la tragédie de demain.

Il y a seulement quatre ans, l'épidémie de MST et d'infections à VIH faisait rage. Aujourd'hui, apparemment grâce aux efforts ambitieux du ministère de la santé, elles semblent être endiguées. Mais la République de Moldova n'est pas encore au bout de ses peines. Le docteur Gromyko dit que l'exemple du succès de la République de Moldova pourrait être un message d'espoir pour le reste du monde. « Cela veut peut-être dire qu'il est possible, après tout, de stabiliser une telle épidémie si l'on a l'appui nécessaire et que l'on réagit rapidement. Peut-être que ce n'est pas vrai que le sida est indomptable. »



# Étude de cas 9

## Pauvreté et tuberculose : un partenariat pilote à Orel en Fédération de Russie

*Susan Poizner*

Une mère, couverte d'un épais manteau et coiffée d'une toque de fourrure, prend la main de sa fille pour traverser la place centrale de la ville d'Orel, en Fédération de Russie. La petite fille rit et donne un coup de pied dans un caillou. De l'autre côté de l'immense place, deux vieilles dames rondelettes avancent sans se presser en direction de la pharmacie locale. C'est dimanche matin et cette ville de près de 341 000 habitants ne déborde vraiment pas d'activité. Mais la vie n'est jamais très agitée dans cette région principalement rurale et agricole, à 382 km de Moscou.

La place est flanquée, de chaque côté, de grands bâtiments monumentaux. Sur l'un des côtés, la statue de Lénine, autrefois obligatoire, trône encore sur la place, égayée d'un bouquet de fleurs rouges fanées. L'imposante « Maison Blanche » s'élève derrière Lénine. C'est de là que les fonctionnaires administrent non seulement la ville d'Orel, mais aussi l'ensemble de l'*oblast* (région) du même nom. L'*oblast* d'Orel a une superficie de 24 700 km<sup>2</sup>. Il est divisé en 24 districts administratifs, comprend les villes d'Orel, de Livni et de Mtsensk et a une population de 900 000 habitants.

L'un des plus grands problèmes auxquels est confrontée l'administration d'Orel aujourd'hui est la recrudescence du nombre de cas de tuberculose après le démantèlement de l'Union soviétique. La pauvreté accrue et le plus grand nombre de sans-abri de l'ère post-soviétique, les maigres budgets sanitaires et les fournitures irrégulières de médicaments contre la tuberculose sont au nombre des raisons de la poussée de cette maladie à Orel et dans toute la Fédération de Russie. Dans l'*oblast* d'Orel, en 1990, 41,4 personnes sur 100 000 souffraient de tuberculose. Deux ans plus tard, ce chiffre s'élevait à 50,4 cas pour 100 000 habitants. Lorsqu'en 1996, le nombre de personnes atteintes de tuberculose passa à 65 pour 100 000 (tableau 2), et que ce chiffre semblait destiné à continuer de croître, l'administration d'Orel réalisa qu'il fallait faire quelque chose.



Tableau 2. Cas de tuberculose  
(pour 100 000 habitants)  
dans l'oblast d'Orel, 1990–2001

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
41,4	39,3	50,4	48,3	51,9	52,3	65,0	66,6	71,3	71,2	81,0	77,1

« Nous craignons particulièrement la tuberculose parce qu'une seule personne peut en contaminer des dizaines d'autres », explique Mikhail Shirokov, commissaire à la santé de l'*oblast*. « Et [l'absence de] soins est relativement coûteuse – non seulement en raison du nombre de décès qui peut en résulter, mais aussi parce qu'elle peut entraîner une augmentation du nombre d'invalides dans la société. Nous avons réalisé qu'il s'agissait d'une menace pour la santé de notre peuple. Et nous avons décidé qu'il fallait faire quelque chose pour éliminer, ou du moins atténuer, le problème. »

Avec un budget déjà très maigre et de fréquentes pénuries de médicaments contre la tuberculose, il était clair qu'Orel ne pourrait pas vaincre la maladie à elle seule. C'est pourquoi, en 1999, les fonctionnaires de la santé publique établirent un partenariat avec l'OMS et commencèrent à mettre en œuvre la stratégie de lutte contre la tuberculose DOTS, traitement de courte durée sous surveillance directe. Par la suite, la Croix-Rouge russe et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge rejoignirent le projet, mettant en place un réseau d'aide sociale et nutritionnelle en faveur des tuberculeux.

Cette double approche, combinant aide sociale et soins médicaux, contribue à augmenter l'efficacité des programmes DOTS à Orel, plus particulièrement au sein des communautés les plus pauvres. Le programme tient compte du fait que les pauvres sont les plus susceptibles de contracter la tuberculose. Des colis alimentaires sont donc distribués aux patients chaque fois qu'ils viennent prendre leurs médicaments. Cette mesure a non seulement pour avantage d'encourager les patients à ne pas abandonner leur traitement avant la fin, mais elle contribue aussi à faire en sorte que les tuberculeux, même les plus pauvres, ne souffrent pas de la faim. Et une alimentation saine est l'une des façons d'aider tous les tuberculeux à vaincre la maladie.

### Contexte général de la pauvreté et de la santé

La route qui mène d'Orel à la ville voisine de Mtsensk est défoncée et le paysage est varié. À une rangée de chaumières en bois vermoulu d'avant la révolution succède un lot de robustes manoirs « nouveau russe » en briques. Les vastes champs morcelés abritent les modestes *datchas* des citoyens – d'humbles maisons de campagne entourées de petits jardins. C'est là que les gens cultivent et conservent leurs propres légumes, dans le but d'avoir suffisamment de nourriture saine pour leur permettre de survivre pendant les mois d'hiver.

Mais tout le monde ne jouit pas du luxe d'avoir une *datcha*. Et tout le monde ne jouit pas du luxe d'avoir suffisamment d'aliments sains à manger. « Cet homme à qui nous allons rendre visite souffre de tuberculose depuis deux ans » explique le docteur Alexander Malachov, spécialiste de la tuberculose à Mtsensk. « Pas étonnant qu'il n'arrive pas à vaincre la maladie. Il vit dans une toute petite pièce d'un appartement communautaire sans eau courante. Même pendant les mois d'hiver les plus froids, il doit aller dehors pour se laver ou utiliser les toilettes. »

À l'intérieur de l'immeuble délabré, le docteur Malachov salue Victor, tuberculeux, un homme à l'allure fantomatique qui a passé la majeure partie de sa vie à travailler dans une usine. Dans sa chambre délabrée, au papier peint en lambeaux, il partage un lit à une place avec sa femme. Il a accès à la « cuisine » commune, équipée d'une cuisinière rouillée et de pas grand chose d'autre. Un bac pour la toilette est accroché au mur de la cuisine.



*Victor, patient tuberculeux*

Victor est représentatif des personnes qui ont contracté la tuberculose en Fédération de Russie, où environ 70 % des civils contaminés sont salariés à bas revenus, retraités ou titulaires de pensions, ou bien chômeurs.

Le lien entre tuberculose et pauvreté est clair. Outre le fait que les infections sont plus courantes parmi les communautés pauvres, une fois contractée, la maladie augmente le risque de tomber dans une relative pauvreté, en raison des pertes de revenus. En Fédération de Russie, les employeurs officiels paient des congés de maladie, mais les tuberculeux ne touchent pas d'indemnités de maladie s'ils accomplissent de petits travaux pour arrondir leurs revenus – une pratique de plus en plus courante dans les communautés les plus pauvres.

Grâce au programme conjoint de l'OMS et de la Croix-Rouge dans la ville d'Orel, qui combine des soins médicaux améliorés et une aide sociale et nutritionnelle, Victor s'en sort mieux que s'il vivait ailleurs dans la Fédération de Russie. Comme tous les autres patients civils d'Orel, il reçoit un colis alimentaire chaque fois qu'il vient prendre ses médicaments, ce qui l'encourage à terminer son traitement et lui procure l'apport nutritionnel dont il a besoin pour combattre la maladie.

« Une bonne alimentation est essentielle pour les patients », dit le docteur Malachov. « Elle les aide à prendre des forces pour lutter contre la maladie. » Les médecins du dispensaire antituberculeux d'Orel décident quels patients

doivent recevoir de l'aide, en fonction de leur situation financière et de leur condition sociale. Les groupes prioritaires, tels que les alcooliques, les toxicomanes, les anciens détenus, les grands infirmes et les personnes âgées, sont les plus vulnérables.

*Tous les patients hospitalisés reçoivent trois repas par jour au dispensaire antituberculeux d'Orel*



Si la population en général est vulnérable à la tuberculose, la population des prisons de la Fédération de Russie est encore plus susceptible de contracter la maladie. En 2000, parmi 1 million de détenus (chiffre estimé) dans le pays, la tuberculose active a été diagnostiquée chez 10 % d'entre eux<sup>26</sup>, alors que, dans la population générale, l'incidence était d'environ 90 cas pour

100 000<sup>27</sup>. Parmi les raisons de ce fort taux d'infection, on cite la surpopulation, l'alimentation de mauvaise qualité et les mauvaises conditions de vie. Mais en raison de la crise budgétaire, ceux qui gèrent les prisons estiment qu'ils ne peuvent pas faire grand chose pour améliorer la situation.

Victor Gerasichev, médecin-chef adjoint du centre antituberculeux du centre de détention de la ville d'Orel (SIZO), et son équipe de 9 médecins et 23 infirmières, essaient de maîtriser la situation. Les détenus tuberculeux de SIZO et des cinq centres pénitentiaires de l'*oblast* sont envoyés pour traitement au centre antituberculeux. Actuellement, le centre, qui dispose officiellement de 50 lits, soigne 200 détenus sur une population carcérale totale d'environ 6 000. Ici aussi, la nutrition est reconnue comme un facteur important dans le traitement d'ensemble – les patients tuberculeux recevant une alimentation de meilleure qualité afin de les aider à renforcer leur système immunitaire. Mais l'aide est modeste. « Chaque jour, nos patients avalent leurs comprimés avec un verre d'eau » dit Victor Gerasichev. « Ce serait bien de pouvoir leur donner du jus de fruit à la place, pour qu'ils aient un petit apport supplémentaire en vitamine C, mais nous n'en avons pas les moyens. »

Dix-neuf détenues sont enfermées dans le quartier des femmes. Le budget ne couvre pas les uniformes carcéraux, alors elles portent survêtements, jupes et autres haillons bariolés qu'elles ont apportés de chez elles. La cellule qu'elles se

---

<sup>26</sup> *Maladies transmissibles 2000 : principales activités en 1999 et grands défis pour l'avenir*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (document WHO/CDS/2000.1).

<sup>27</sup> Base de données informatisées sur les maladies infectieuses (CISID) (<http://cisid.who.dk>, consulté le 10 juillet 2002).

partagent est petite et il y a très peu de place pour bouger. Les dix lits superposés, le coin toilette vaguement protégé des regards et une table basse crasseuse occupent presque tout l'espace. Il n'y a visiblement aucun placard. Les femmes accrochent leurs vêtements de rechange aux couchettes du haut, obscurcissant complètement les couchettes du bas.

La tuberculose est hautement contagieuse, étant donné qu'elle se transmet par voie aérienne lorsqu'un patient tuberculeux tousse, éternue ou crache. Les détenus contractent-ils donc la maladie en raison de leurs conditions de vie dans les prisons surpeuplées ? Pas toujours, selon Victor Gerasichev : « Environ 30 % des gens envoyés en prison dans notre *oblast* sont déjà contaminés par la tuberculose. Nous le savons, parce que chaque nouveau détenu fait l'objet d'exams approfondis à son arrivée. Nous soignons les gens, mais la maladie refait souvent surface en raison de l'ennui et du stress de l'atmosphère carcérale, et l'espace confiné des cellules implique que d'autres peuvent la contracter également. »

Pourquoi le pourcentage des détenus qui sont arrivés en prison souffrant déjà de tuberculose est-il si élevé ? À nouveau, la pauvreté joue un rôle. « Ceux qui vont en prison ne font en général pas partie des gens les plus riches. C'est clair. Il s'agit souvent de personnes sans famille, sans parents. Ils ne peuvent pas subvenir à leurs besoins, alors ils commettent des délits et finissent ici. Ils vivent dans de très mauvaises conditions. Ils mangent mal. C'est pourquoi ils sont plus susceptibles de contracter la tuberculose », explique Victor Gerasichev.

Le programme OMS dans l'*oblast* d'Orel a aidé Victor Gerasichev et son équipe à améliorer le traitement antituberculeux, en fournissant des médicaments aux patients et en finançant le passage à la stratégie DOTS. Le programme comprend des informations sur la méthodologie et l'enregistrement statistique (avec des fiches de surveillance des patients fournies par l'OMS) et des incitations financières pour le personnel hospitalier pour qui ce programme entraîne un surcroît de travail. De plus, d'autres organismes d'aide internationale coopèrent avec le programme carcéral ; l'Agence internationale des États-Unis pour le développement (USAID) finance notamment un service d'aide juridique et psychologique pour aider à la réinsertion des détenus à leur libération.

### Objectifs du programme

Un des éléments du programme DOTS est la « surveillance directe » mise en œuvre au bureau de la Croix-Rouge à Orel. À 10 heures du matin, les femmes attendent que leurs patients arrivent. Bientôt, quelques hommes se rassemblent à la porte d'entrée. Un par un, ils s'avancent vers l'infirmière de la Croix-Rouge, qui consulte leur fiche, leur donne leurs médicaments et les regarde avaler les

*Une fois que les patients ont pris leurs médicaments, l'infirmière leur remet leur colis alimentaire quotidien*



comprimés. Une fois cette opération effectuée, l'infirmière et le patient signent tous les deux un formulaire, et l'infirmière lui remet son colis alimentaire journalier. Le colis contient des produits différents chaque jour. Aujourd'hui, c'est un sachet de *pelmeni* – raviolis russes à la viande – et un yaourt.

À 11 heures, l'infirmière de la Croix-Rouge, Nina Prividentzeva, part remettre des colis alimentaires aux tuberculeux qui n'ont pas la possibilité de venir au bureau pour prendre leurs médicaments. Il peut s'agir de

personnes très âgées, d'infirmités, d'anciens détenus ou d'alcooliques.

Katya, mère célibataire de 22 ans, est l'une de ces personnes. La pâle mais jolie jeune femme vit dans un tout petit appartement avec sa fille de 3 ans, Inna, sa grand-mère et son frère. Mais il y a des jours où Katya est trop ivre pour venir au bureau de la Croix-Rouge et Nina lui remet son colis alimentaire quotidien – mais seulement après avoir vu Katya prendre ses comprimés.

L'aide sociale du programme d'Orel va plus loin : deux fois par mois, les patients recevant des médicaments obtiennent également des « colis alimentaires familiaux », une grande boîte de carton renfermant du riz, de la *kasha* (bouillie au sarrasin), du sucre, de la farine, de l'huile et d'autres aliments de base. Et tous les deux mois, la Croix-Rouge donne aux patients un colis contenant du savon, du shampoing, de la lessive et d'autres produits ménagers. Les colis alimentaires quotidiens coûtent environ 30 roubles (1 USD), les colis alimentaires bimensuels coûtent environ 120 roubles (4 USD), les colis bimestriels coûtent environ 60 roubles (2 USD).

On compte environ 700 nouveaux cas de tuberculose chaque année et environ 150 tuberculeux reçoivent l'aide de la Croix-Rouge pendant 2 à 8 mois, en fonction de la réaction au traitement.

Alors quel est l'objectif du programme antituberculeux d'Orel ? Cet objectif va plus loin qu'une simple mise en œuvre de la stratégie DOTS. Le programme permet :

- de faire en sorte que tous les patients tuberculeux, où qu'ils soient et quels que soient les problèmes auxquels ils sont confrontés, prennent les médicaments prescrits. Les colis alimentaires motivent les patients à se rendre au centre de soins pour prendre leurs comprimés pendant les 6 ou 8 mois du traitement ;
- de renforcer l'efficacité la stratégie DOTS en procurant une aide sociale aux patients les plus pauvres ;
- de renforcer le système immunitaire du patient, en lui procurant une alimentation saine.

### Processus et méthodes

Si un habitant de l'oblast d'Orel va consulter un médecin et se plaint de fatigue et d'une toux persistante, le médecin généraliste l'oriente vers un spécialiste de la tuberculose. Le spécialiste prélève alors un échantillon d'expectoration pour le faire analyser en laboratoire ; les résultats sont prêts après un à deux jours. La microscopie des frottis d'expectoration est une méthode efficace pour identifier les cas infectieux de tuberculose pulmonaire. Le patient est alors admis au dispensaire antituberculeux d'Orel pour y être soigné immédiatement. Souvent, la maladie peut être diagnostiquée et soignée avant que le patient n'ait contaminé qui que ce soit d'autre.



*Examen au microscope de frottis d'expectoration pour diagnostiquer la tuberculose – un élément clé de la stratégie DOTS*

L'examen au microscope de frottis d'expectoration pour diagnostiquer la tuberculose est un élément clé de la stratégie DOTS – le volet médical du programme de lutte contre la tuberculose à deux volets mis en place à Orel. Celui-ci contraste avec l'ancienne méthode, qui exigeait que chaque citoyen se fasse faire une radio du thorax une fois par an afin de détecter la maladie. Cette méthode avait eu pour effet de réduire progressivement l'incidence de la tuberculose, la ramenant, à la fin des années 1980, à son niveau le plus bas depuis 25 ans. Mais ce système rigoureux était trop coûteux pour être durable, et la maladie n'était pas toujours diagnostiquée ni soignée dans les phases initiales.



La bonne mise en œuvre de la stratégie DOTS a permis la fourniture régulière et ininterrompue de tous les puissants antituberculeux de première intention nécessaires, financés à la fois par le gouvernement de la Fédération de Russie et par les bailleurs de fonds internationaux. La chimiothérapie de courte durée signifie que les patients prennent quatre à cinq médicaments pendant une période de 6 à 8 mois ; seule la première phase de deux mois a lieu à l'hôpital. Avant, les patients restaient à l'hôpital pendant deux ans ou plus. D'aussi longues périodes d'hospitalisation peuvent aggraver la pauvreté des patients, voire en être la cause directe, tout en augmentant considérablement les coûts. Plus la période d'hospitalisation est courte, plus le retour à la condition non infectieuse – qui permet aux patients de retrouver une activité rémunératrice – est rapide, et plus l'impact négatif sur la situation financière des patients est limité.

Sans l'aide des autorités locales, de l'*oblast* et de la Fédération de Russie, la stratégie DOTS n'aurait pas pu être mise en œuvre, et la coopération des autorités est donc un élément essentiel de la stratégie. Le nouveau programme se sert de l'infrastructure de lutte contre la tuberculose de l'*oblast*, déjà bien établie, ainsi que de ses spécialistes expérimentés, qui ont suivi des cours de recyclage aux nouvelles techniques de diagnostic et de traitement de la tuberculose. Des programmes et campagnes d'éducation ont été mis en œuvre afin de renforcer les connaissances de la population en matière de tuberculose et d'encourager les personnes ayant des symptômes de tuberculose à consulter immédiatement leur médecin. Les campagnes de sensibilisation sont cruciales pour la mise en place de la stratégie DOTS.

La stratégie DOTS exige un système d'enregistrement et de déclaration standardisé permettant de consigner par écrit l'évaluation et les résultats du traitement de chaque patient ainsi que de la performance du programme de lutte contre la tuberculose dans son ensemble. Ce système aide non seulement les personnels de santé à surveiller et à évaluer les progrès des patients, mais il leur permet aussi de planifier et de maintenir les stocks de médicaments nécessaires.

La stratégie DOTS a déjà été appliquée dans d'autres régions de la Fédération de Russie. Fin 2001, les autorités russes avaient mis en place 19 projets pilotes dans tout le pays. Certains de ces projets comportaient des éléments d'aide sociale ; mais ce qui distingue le projet d'Orel, c'est que cette aide sociale fait partie intégrante du programme et qu'elle reçoit un financement substantiel.

Wieslaw Jakubowiak, coordinateur du Programme Tuberculose de l'OMS en Fédération de Russie, explique que l'expérience d'Orel a été conçue pour faire face à un fort taux d'abandon dans certains *oblasts* : « Dans des *oblasts* tels que



celui d'Ivanovo, le taux d'abandon dépassait 30 %. C'est assez élevé. En coopération avec notre bailleur de fonds USAID, nous avons donc essayé de trouver une façon de traiter la difficile question du groupe de personnes abandonnant le traitement avant qu'il soit terminé. »

L'OMS et USAID ont demandé à la Croix-Rouge, organisation très expérimentée et respectée en Fédération de Russie, de les aider à concevoir un mécanisme visant à traiter les cas d'abandon potentiels – le plus souvent des anciens détenus, des sans-abri, des alcooliques et des toxicomanes. Les colis alimentaires ont semblé être une bonne façon d'inciter ces personnes souvent pauvres à poursuivre leur traitement.

« Nous avons obtenu de bons résultats, bien qu'il soit très difficile de travailler avec ce groupe de patients », explique Wieslaw Jakubowiak. « En fait, le programme a si bien réussi que nous travaillons avec un groupe de haut niveau, constitué de cadres supérieurs du ministère de la santé, du ministère de la justice et de l'académie des sciences médicales, afin de porter ce projet au niveau fédéral. »

### Principaux enseignements tirés

Boris Kazeonny, médecin-chef du dispensaire antituberculeux d'Orel est un homme très occupé. Chargé de superviser le projet d'Orel, il est souvent en réunion avec des fonctionnaires ou avec des représentants de l'OMS et de la Croix-Rouge. Au dispensaire, il y a souvent une file de médecins et d'infirmières qui attendent devant son bureau, espérant lui arracher quelques minutes pour discuter du cas d'un patient ou lui demander conseil.

Autrefois, son travail consistait simplement à gérer les 470 lits du dispensaire où l'on soigne les tuberculeux. Mais Boris Kazeonny ne se plaint pas de la charge de travail supplémentaire que lui donne le projet d'Orel. En fait, si le projet devait se terminer, Boris Kazeonny dit que les médecins d'Orel continueraient d'utiliser les techniques DOTS, mais il ajoute que l'aide sociale est ce qui distingue le projet d'Orel des autres.

« La Croix-Rouge a joué un rôle très important » dit-il. « Grâce à nos activités conjointes, nos résultats à Orel sont très encourageants et notre taux d'abandon a été ramené à 2, 3 ou 4 %. Et bien sûr, parallèlement à la chimiothérapie, l'une des meilleures façons de soigner la tuberculose est de faire en sorte que le patient ait une bonne alimentation ; les colis alimentaires y contribuent. »

Cette initiative a bénéficié d'un financement international, qui a contribué à payer les médicaments, les colis alimentaires, la formation et les campagnes de publicité. L'aide sociale supplémentaire fournie par la communauté

internationale aux patients tuberculeux a été considérée comme un investissement permettant en fin de compte au gouvernement de faire des économies à de nombreux niveaux. Des vies sont sauvées, et les tuberculeux ont une meilleure chance de retrouver la santé et leur faculté de travailler.

Les patients à bas revenus qui continuent de combattre la maladie ont une cause de souci en moins : chaque jour, lorsqu'ils prennent leurs médicaments, ils savent qu'ils auront assez à manger. Mais que leur arrivera-t-il une fois qu'ils seront guéris ?

# Étude de cas 10

## Les jardins suspendus de Saint-Pétersbourg : améliorer la sécurité nutritionnelle et alimentaire dans les zones urbaines défavorisées

*Susan Poizner*

Alla Sokol monte l'étroit escalier qui mène au grenier de son immeuble de neuf étages sur la rue Pulkovskaya, à Saint-Pétersbourg. Le grenier étant bas de plafond, elle doit se courber. À quelques mètres de là, il y a une échelle. L'air jeune, malgré ses 64 ans, elle grimpe, échelon par échelon, et se glisse à travers la petite porte qui donne sur le toit.

Pendant les mois de printemps et d'été, Alla et d'autres habitants de l'immeuble font ce petit voyage pratiquement tous les jours. Pour eux, la magnifique vue sur Saint-Pétersbourg est une prime, plus qu'une motivation. En fait, ils viennent travailler à leur jardin sur les toits, où ils cultivent des légumes de haute qualité qu'ils n'ont pas les moyens d'acheter dans les magasins.

« Pour les retraités et les familles à bas revenus, les légumes sont chers, surtout pendant l'hiver. Mais tous ceux de l'immeuble qui travaillent dans notre jardin sur les toits peuvent s'approvisionner gratuitement en légumes pendant l'été.

Dans notre immeuble, il y a aussi des femmes âgées, qui ont plus de 80 ans ; elles ne peuvent pas venir travailler sur le toit, alors on leur fournit des légumes gratuitement », raconte Alla.



*Alla Sokol, fondatrice du Club de jardinage urbain de Saint-Pétersbourg*

L'idée du jardin sur les toits est née en 1991, quand Alla a assisté à un exposé sur le sujet par Martin Price, un conseiller agricole auprès de l'organisation américaine ECHO (Educational Concerns for Hunger Organization). La Fédération de Russie connaissait à l'époque de graves pénuries alimentaires. Pour Alla, le jardinage sur les toits semblait la solution idéale pour aider les gens de son immeuble à survivre à cette période difficile.

Avec l'aide d'autres habitants de l'immeuble, elle fonda le Club de jardinage urbain de Saint-Pétersbourg (CJU) ; en 1994, ils purent aménager un jardin sur leur toit, avec l'aide d'ECHO et du Centre d'initiatives citoyennes États-Unis-Russie (CIC), une association à but non lucratif. C'était, et c'est encore, le seul jardin sur le toit d'un immeuble d'habitation de la ville.

Les problèmes économiques de l'époque, qui avaient été à l'origine de la fondation du CJU, subsistent, et Alla et ses collègues s'efforcent d'aider d'autres communautés urbaines à aménager des jardins sur les toits. Ils collaborent également avec des instituts de recherche en vue de présenter à la population russe de nouveaux légumes bon marché et faciles à cultiver.

Les membres du CJU pensent que leur travail permettra à terme de rendre les fruits et légumes frais plus abordables et plus accessibles à tous les habitants de Saint-Pétersbourg. Cela s'applique tout particulièrement aux groupes à faibles revenus, dans lesquels une augmentation de la consommation de fruits et légumes frais pourrait entraîner une amélioration de la santé.

### **Contexte général de la pauvreté et de la santé**

Avec ses larges avenues bordées d'arbres et ses impressionnantes cathédrales, Saint-Pétersbourg est sans doute la ville à l'aspect le plus aristocratique de la Fédération de Russie. Mais la beauté de l'architecture n'arrive pas à camoufler la pauvreté de la ville. En 2000, Saint-Pétersbourg comptait 4,6 millions d'habitants, dont environ un tiers vivait au-dessous du seuil de pauvreté.

Beaucoup de travailleurs russes à bas revenus pensent qu'il est plus économique de se rassasier de féculents bon marché, tels que les pommes de terre et le pain, ou d'aliments gras comme le beurre et la viande, et d'éviter les fruits et légumes frais, plus coûteux. Mais, comme les membres du CJU, les experts affirment que cette conception erronée a des effets néfastes sur la santé.

« On estime qu'un régime à forte teneur en graisses saturées, combiné à une faible consommation de fruits et légumes, est responsable de 30 % des maladies cardiovasculaires », explique Aileen Robertson, conseillère régionale par interim de l'OMS en matière de nutrition. Et un régime à forte teneur en sel peut encore aggraver les choses. « Dans la Communauté des États indépendants, en

raison des méthodes traditionnelles de conservation des légumes et de la viande, la consommation de sel est probablement bien plus élevée », explique-t-elle.

On a pu établir un lien entre une forte consommation de viande et les cancers du côlon et du sein, tandis qu'une forte consommation de légumes peut aider à protéger l'organisme des accidents vasculaires cérébraux, de l'hypertension artérielle et de l'obésité. En outre, on estime que 40 % des cancers pourraient être évités si l'on augmentait la consommation de légumes, de fruits et de fibres<sup>28</sup>.

On recommande aux citoyens russes de consommer cinq rations ou 400 grammes de fruits et légumes par jour (pommes de terre non comprises)<sup>29</sup>. Mais il est difficile d'en consommer une telle quantité dans la région nord-ouest de la Fédération de Russie, où les produits importés ou cultivés en serre sont chers et où la période de végétation locale ne dure que quatre mois.

Pour les habitants de Saint-Pétersbourg, c'est tout simplement une question d'argent. Les familles à bas revenus gagnent moins de 1 500 roubles (50 USD) par mois. Le loyer d'un appartement modeste coûte de 300 à 500 roubles (de 10 à 17 USD). Donc, quand elles ont le choix entre un kilo de pain à 8 roubles et le même poids de salade verte à 19 roubles, la plupart des familles à bas revenus choisissent le pain.

À l'époque soviétique, les *sovkhoses* locaux, qui étaient des fermes d'État, produisaient une large gamme de légumes à des prix abordables, toute l'année. Mais, pendant la période post-soviétique, ces fermes furent privatisées. Les prix de l'énergie montèrent en flèche et, pour réduire la consommation d'énergie, les fermes abandonnèrent leurs serres, pour se rabattre sur la production de légumes meilleur marché comme les pommes de terre, les betteraves et les carottes. Les rares exploitations qui continuent à cultiver en serre en font payer le prix aux consommateurs.

Autrefois, la *datcha* russe aurait été la solution idéale. Aujourd'hui, plus de la moitié des habitants de Saint-Pétersbourg ont accès à une *datcha* pendant les mois d'été, et ils peuvent y cultiver leurs propres légumes. Mais d'après Oleg Maldakov, chercheur agronome et membre du CJU, jusqu'à 8 % des propriétaires ne se servent plus de leur *datcha* aujourd'hui. Il en explique les raisons :

---

<sup>28</sup> *CINDI dietary guide*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document EUR/00/5018028).

<sup>29</sup> *Urban and Peri-urban Food and Nutrition Action Plan*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (document EUR/01/5026040).

Le problème, c'est qu'entre 30 et 100 kilomètres séparent les *datchas* de la ville, et on peut mettre jusqu'à trois heures pour y accéder en train. Le prix des transports a augmenté. Pour une famille, les frais de transport jusqu'à leur *datcha* peut s'élever à 250 roubles. Pour ce prix-là, ils peuvent acheter 25 kilos de pommes de terre. Et puis il y a les frais supplémentaires liés à l'achat des semences, des pesticides et du compost. C'est ce qui amène les familles les plus pauvres à ne pas se servir de la *datcha*.

Les autorités locales sont conscientes du problème de la pauvreté et de la pénurie alimentaire. « Nous avons un réseau d'aide humanitaire bien développé », déclare Svetlana Konovalova, responsable de l'Autorité municipale de Zvyozdnaya, où est implanté le CJU. « Environ un tiers de nos 56 000 habitants sont pauvres, mais nous avons récemment distribué dix tonnes de produits alimentaires en provenance des États-Unis. » Mais qu'y avait-il dans ces rations alimentaires ? Les familles et les individus ont reçu du beurre, du sucre et du lait – mais pas de légumes ni de fruits frais.

### Objectifs et activités principales

Nataliya vit dans un joli deux-pièces dans l'immeuble d'Alla. Elle a des plantes vertes sur chaque rebord de fenêtre. Nataliya travaillait autrefois dans une usine d'accordéons et son mari Leonid était mécanicien à bord d'un navire. À l'époque soviétique, Leonid passait beaucoup de temps en mer, et le couple n'avait pas eu l'idée d'acheter un lopin de terre pour une *datcha*.

*Nataliya a des plantes vertes sur chaque rebord de fenêtre*



Aujourd'hui, Nataliya et Leonid reçoivent respectivement 750 et 1 200 roubles par mois – bien moins que les 1 500 roubles du salaire minimum vital. Leonid gagne un peu d'argent supplémentaire en travaillant comme vigile, mais c'est le travail de Natalya dans le jardin sur les toits qui leur permettra de manger beaucoup de légumes cet été.

L'objectif principal du CJU est d'aider des travailleurs à bas salaires comme Natalya et Leonid à bénéficier de fruits et de légumes frais. Un autre objectif est d'y parvenir sans incidence sur l'environnement. En 1999, le programme a été élargi et comprend désormais une station de compostage dans le sous-sol de l'immeuble. Les déchets organiques de l'immeuble y sont traités dans des compostières noires remplies de vers de terre. Les vers mangent les déchets et



*Du compost riche en nutriments est produit au sous-sol*

leurs excréments constituent un compost riche en nutriments, que les membres du CJU vendent ou utilisent dans leur jardin sur les toits.

La création d'emplois est un autre aspect positif du travail du CJU. Dès 1999, la gestion de la nouvelle station de compostage et du jardin dépassait les capacités des bénévoles. Grâce à un don de la Fondation Gagarine, basée aux États-Unis, Alla a pu embaucher deux mères célibataires pour travailler à plein temps sur le projet.

Mais l'intention du CJU n'est pas de se contenter d'avoir un seul jardin sur les toits exploité à Saint-Pétersbourg. Son but est d'informer, de conseiller et de donner à d'autres l'aide dont ils ont besoin pour mettre sur pied des projets similaires. Le CJU a fait connaître son travail dans les médias ; il a publié un ouvrage de référence et est en train d'organiser un stage de formation pour aider à mettre en route des programmes de ce type. Le club étant officiellement enregistré, il peut aussi obtenir un soutien politique pour aider à étendre le projet.

### **Portée de l'initiative**

Anna n'a pas honte de vous dire qu'elle n'a plus que 15 dents. Après tout, elle a 82 ans ! Mais Anna n'est pas le genre à se plaindre des maux de la vieillesse. « Bien sûr on souffre un peu des fois », dit-elle en haussant des épaules. « Mais on a aussi des douleurs quand on est jeune, vous savez. Il faut apprendre à ne pas trop y penser, c'est tout. »

Anna ne s'attarde pas non plus sur le fait que sa pension de 1 500 roubles par mois signifie qu'elle est à la limite du seuil de pauvreté. « Cela me suffit », insiste-t-elle. « Ce n'est pas assez pour ces gens qui gaspillent leur argent avec la vodka ou les cigarettes. Moi je peux acheter ce dont j'ai besoin. »

L'un des avantages d'Anna, c'est qu'elle habite au 9, rue Pulkovskaya et que le CJU distribue gratuitement des légumes à cinq des habitants les plus âgés de l'immeuble, bien qu'ils n'aient pas physiquement la possibilité de travailler sur



le toit. L'immeuble abrite au total 287 appartements, dans lesquels vivent 540 personnes. Tout habitant qui est prêt à travailler bénévolement pour le projet est rétribué en légumes.

### Méthodologie

Alla Sokol a une formation d'ingénieur agronome et elle a dû faire preuve de toute sa compétence lorsqu'il s'est agi, au moment de la conception du jardin, de convaincre les habitants de l'immeuble et l'administration de la ville que le toit pourrait supporter le poids du jardin. Elle a calculé la charge, et prouvé qu'en se servant d'une terre légère, il n'y avait aucun danger que le toit ne s'effondre.

En 1993, dans le cadre d'une aide humanitaire, le CIC a fait don de semences à Alla. « Nous avons alors pris certaines de ces graines, et nous les avons troquées contre les caisses et de la terre », raconte Alla. En 1994, le CJU a été enregistré en tant qu'association à but non lucratif et Alla et son équipe étaient prêts à aménager leur jardin sur les toits et à planter les semences restantes.

En 1994, le CIC a commencé à verser 1 500 roubles par mois à Alla pour l'encourager à continuer de gérer le projet, et l'année suivante, l'organisation a également fait don d'engrais, de tuyaux d'arrosage, de caisses et de feuilles de plastique pour le toit.

*Le jardin sur les toits est conçu pour s'autofinancer*



Le projet de station de compostage a été lancé en 1998–1999, avec des fonds du programme TACIS de l'Union européenne. « Ils ont tout payé, même les travaux de rénovation du sous-sol. On n'y serait pas arrivé sans eux », dit Alla. En 1999, un don couvrant le salaire de deux employés à plein temps a suivi, et le

programme était solidement en place.

Maintenant que l'infrastructure est installée, le jardin est conçu pour s'autofinancer. Soixante-dix pour cent des 300 m<sup>2</sup> du jardin sont consacrés à la production de semis de fleurs et de légumes qui sont vendus dans un magasin au premier étage de l'immeuble. Le CJU vend aussi du compost fait maison et, en 2001, il a gagné 30 000 roubles (1 000 USD).

« Nous espérons pouvoir gagner trois fois plus à l'avenir », déclare Alla. « Cela nous suffirait pour payer les salaires de deux personnes à plein temps. Il nous reste encore beaucoup de place sur le toit, mais, pour élargir le projet, nous avons besoin d'acheteurs garantis. Donc il nous faudrait une grosse commande de semis de la part d'une société qui pourrait payer une partie de la somme à l'avance. »

Le principal obstacle à l'expansion des jardins urbains de Saint-Pétersbourg est que seuls les habitants des immeubles communaux comme celui d'Alla Sokol peuvent être assurés d'obtenir l'autorisation : « Nous avons dû demander l'autorisation de chacun de nos habitants, parce que nous sommes tous copropriétaires de notre immeuble. Certains des propriétaires d'autres immeubles de Saint-Pétersbourg ne seront peut-être pas aussi enclins à accorder leur permission ».

Svetlana Konovalova est directrice de l'autorité municipale de Zvyozdnaya, qui est propriétaire de beaucoup d'autres immeubles du quartier. D'après elle, les choses sont un peu plus compliquées que cela. Comme elle l'explique « Nous aimons bien ce programme. Mais ce type de projet est très compliqué. Le jardin sur les toits pourrait causer des fuites d'eau dans les appartements en dessous. Cela coûte cher de préparer un toit à un jardin de ce type. Nous avons besoin de tas de documents prouvant que l'immeuble pourra supporter la charge. Et franchement, pourquoi dépenser de l'argent à aménager des jardins sur les toits quand nous n'avons même pas assez de jardins au sol ? »

Les jardins sur les toits sont encore un concept nouveau dans la Fédération de Russie, bien que, grâce à l'aide du CJU, des projets similaires aient été mis en route sur l'immeuble du bureau d'études navales Rubin, à l'école secondaire numéro 42, et à la tristement célèbre maison d'arrêt de Kresty, qui abrite 10 000 détenus.

Cette prison surchargée a créé des jardins sur les toits et au sol pour nourrir les détenus, procurant à ce jour trois récoltes de légumes. D'après les passionnés des jardins sur les toits, les jardins horticoles de la prison de Kresty produiront d'abondantes récoltes chaque année. Les jardins de la prison de la ville ont produit des légumes verts en quantité suffisante



*Alexander Gavrilov (à droite) montre aux détenus de Kresty comment jardiner*

non seulement pour être consommés pendant l'été, mais aussi pour être séchés et entreposés pour l'hiver.

Sans les encouragements et le financement apportés par l'autorité municipale et par certaines organisations internationales, il est peu probable que le jardinage sur les toits puisse se développer assez rapidement en Fédération de Russie.

### Enseignements tirés et avenir

Le principal enseignement que les membres du CJU ont tiré de cette expérience est l'importance d'apprendre aux Russes de quoi se compose une alimentation équilibrée. « Ce ne sont pas uniquement les pauvres qui ont un problème d'alimentation ici », explique Alexander Gavrilov, écologiste ayant travaillé en étroite collaboration avec Alla à la mise en place du CJU. « Très peu de gens semblent savoir quels aliments sont bons pour la santé. »

Alexander Gavrilov aimerait qu'on lance une campagne d'éducation dans toute la ville afin d'enseigner aux Russes les liens entre alimentation et santé. « Nous devons imaginer un plan d'alimentation bon marché visant à montrer que même les personnes à bas revenus peuvent avoir les moyens de manger sainement – en remplaçant par exemple les gâteaux et les biscuits par des aliments qui nourrissent mieux », dit-il.

*Alla montre à Nataliya comment cultiver les graines germées*



Ce type de campagne éducative pourrait également présenter aux gens des légumes faciles à cultiver pendant les mois d'hiver, lorsque les produits frais sont rares. Un bon exemple en est l'endive, ou chicorée, qui peut pousser dans l'obscurité totale – dans les sous-sols d'un immeuble par exemple. Le CJU s'est essayé à ce légume en 2000, le cultivant pour

le donner aux habitants de l'immeuble. Le problème est que les semences sont importées des Pays-Bas et coûtent donc cher. Mais ce problème ne devrait pas être difficile à résoudre, car l'Institut Vavilov de la ville dispose d'une collection de 200 variétés de graines d'endive.

« Ce que nous devons faire, c'est intégrer la consommation des endives aux habitudes alimentaires », explique Olga Zverevo, chercheur à l'Institut Vavilov. « Alors nous pourrions en cultiver de grande quantités, à bon marché. »

Les graines germées sont une autre option, mais, si on en trouve dans la plupart des supermarchés à l'Ouest, il n'existe pas encore de demande pour ce type de produits en Fédération de Russie. Alla a rédigé un dépliant sur les graines germées et a montré à certains des habitants de l'immeuble comment les cultiver en pots chez eux. Mais elle est consciente du fait qu'il faudra les introduire sur une plus large échelle dans le pays.

Pour cela, elle pourrait coopérer avec l'Institut de Recherche Agrophysique de Saint-Pétersbourg. « Chaque graine germée offre toute une variété de nutriments », explique le chercheur Vitaly Sudakov. Il décrit un plan d'extension de l'utilisation des graines germées.

Alors que nous avons réussi à développer la technologie nécessaire pour produire en toute sécurité de grandes quantités de graines germées, nous n'avons pas le financement pour le faire. Notre projet est de créer un Centre des aliments vivants au sein de notre Institut pour présenter les graines germées et les endives aux nutritionnistes des écoles, des hôpitaux et d'autres institutions de la ville. Nous espérons que ce type d'éducation créera une demande pour ces différents types de produits.

Alla Sokol explique également que ce centre autofinancé pourrait être équipé pour produire de grandes quantités de graines germées, mais il serait nécessaire d'investir un montant initial de 26 000 USD, ce qui permettrait de faire tourner le centre pendant deux ans. Avec 17 000 USD supplémentaires, le CJU pourrait aussi coopérer avec l'Institut Vavilov pour produire de grandes quantités d'endives à bon marché, pour les vendre aux hôpitaux, aux écoles et à d'autres établissements.

Tous ces projets sont ambitieux. Mais c'était déjà le cas du projet d'aménagement du premier et unique jardin sur les toits d'un immeuble d'habitation à Saint-Pétersbourg. Alla Sokol et son équipe ont la ferme intention de continuer à travailler pour atteindre leurs objectifs et sont convaincus qu'ils contribueront à améliorer la valeur nutritionnelle de l'alimentation des plus nécessiteux de la société et, en même temps, leur santé.

# Étude de cas 11

## Aide sociale et soins de santé combinés en zones défavorisées : le centre de consultations gratuites de Blackpool, au Royaume-Uni *Sigrún Davídsdóttir*

Pendant des décennies, la ville côtière de Blackpool, au bord de la mer d'Irlande, était une station balnéaire très populaire en Angleterre. Cependant, grâce aux voyages charter, le nombre de personnes allant passer leurs vacances à l'étranger a augmenté, et la ville a perdu de son attrait et a commencé à voir apparaître les symptômes familiers du déclin économique : diminution du nombre de visiteurs ; déclin du commerce saisonnier, des hébergements dans les pensions, hôtels et autres installations touristiques ; et fermeture de certains services. Les 153 000 habitants permanents remarquent encore la différence entre le calme de la basse saison en hiver et le brouhaha pendant la haute saison en été, mais une pauvreté nouvelle illustre le déclin du secteur touristique local, l'épine dorsale de la ville.

De nombreuses personnes ont continué de quitter d'autres régions du Royaume-Uni pour venir s'installer à Blackpool, à la recherche d'emplois saisonniers, mais il y a beaucoup moins de possibilités qu'autrefois. Selon John Dempsey, un médecin généraliste qui travaille au centre de consultations gratuites de Blackpool, la ville attire aussi un grand nombre de chômeurs. « C'est plus agréable d'être au chômage ici, au bord de la mer, plutôt qu'ailleurs, dans un cadre moins plaisant », dit-il. Mais cela signifie que Blackpool attire aussi les problèmes sociaux liés au chômage, tels que la toxicomanie et l'alcoolisme, ainsi que la pauvreté.

### Identifier l'origine des maladies

Le lien entre stress et santé est un phénomène courant qui n'est pas limité aux environnements défavorisés. De nombreux médecins généralistes de Blackpool

avaient cependant le sentiment de passer beaucoup de temps à essayer de soigner des symptômes dont la cause sous-jacente n'était pas de nature médicale. Lorsqu'ils parlaient avec leurs patients, ils étaient constamment confrontés à des troubles tels que l'insomnie et la dépression, engendrés par les soucis en raison de dettes ou d'autres problèmes sociaux. Ils pouvaient soigner ou soulager les symptômes, mais la cause sous-jacente subsistait.

« Les médecins généralistes n'ont aucune formation pour ce qui est du conseil en matière d'endettement, par exemple. C'est pourquoi [ils] ne se sentent pas capables de donner les conseils les plus pertinents », dit Carol Goodier, responsable du développement des soins primaires à l'Autorité de la santé du Nord-Ouest Lancashire. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils ignorent les problèmes.

C'est sur la base des observations des médecins que l'on a tenté de déterminer comment on pouvait agir sur les causes non médicales des troubles de la santé, voire les éliminer. Après avoir envisagé de nombreuses options, telles que la mise en place d'une unité de conseil au sein du Service national de santé du Royaume-Uni (NHS), il a été convenu de faire équipe avec le Centre de consultations gratuites (CAB) local, une association caritative britannique bien établie qui se spécialise dans la prestation de conseils impartiaux sur n'importe quel sujet abordé par le consultant. « Après 30 ans d'expérience dans le conseil, il m'arrive encore de tomber sur des questions qui ne m'avaient jamais été posées auparavant », dit John Dempsey.

Pour les patients, l'avantage était que, grâce aux conseils donnés sur des sujets qui les préoccupaient, un grand nombre des causes de leurs problèmes de santé disparaissaient. Pour les médecins généralistes, l'avantage était qu'ils pouvaient se concentrer sur les aspects médicaux, au lieu de devoir s'occuper de questions qui n'étaient pas de leur ressort. Cela leur permettait presque toujours de consacrer plus de temps à soigner les patients. Comme le souligne Carol Goodier : « En raison des contraintes qui pèsent sur le NHS, il est souvent difficile de trouver des fonds pour un projet non médical au sein de ce service. La coopération avec le CAB a non seulement permis aux médecins généralistes d'avoir plus de temps pour faire leur travail, mais elle a également eu un effet préventif ». Le NHS finance maintenant le projet à hauteur de 56 579 livres par an, ce qui couvre les salaires de trois conseillers ainsi que quelques frais de déplacement et dépenses diverses<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> *Conseillers du Citizens Advice Bureau (CAB) auprès de cabinets médicaux*. Blackpool, Autorité de la santé du Nord-Ouest Lancashire, 2001. Toutes les autres données sont fournies par Carole Sharrock, directrice de projet, groupe de soins primaires de Blackpool.

### **Service « tout en un » : couverture des besoins financiers, médicaux et psychologiques**

L'initiative de Blackpool, en proposant des conseils en matière sociale, témoigne d'une prise de conscience croissante, parmi les professionnels de la santé, du fait que symptômes médicaux et problèmes sociaux sont étroitement liés, surtout chez les personnes défavorisées. En 1997, l'Autorité de la santé de Blackpool s'est adressée aux médecins généralistes locaux pour leur demander ce qui pouvait être fait pour alléger leur charge de travail. Il s'est avéré que les médecins généralistes n'étaient pas seulement préoccupés par les défauts du service de santé, mais aussi par le fait qu'ils consacraient beaucoup de temps à des patients souffrant de troubles d'origine non médicale. Les médecins généralistes devaient souvent conseiller leurs patients dans des tâches telles que des demandes de prestations sociales, bien qu'ils ne se sentent pas suffisamment qualifiés pour le faire.

Le problème se présentait ainsi : bien que des conseils en matière sociale ou financière soient dispensés dans de nombreux endroits, à la fois par le système social et par d'autres groupes, les personnes vulnérables consultaient rarement ces services de conseil, malgré la gravité de leurs problèmes. C'était parfois par simple ignorance et parfois en raison de la « honte » de demander de l'aide financière, mais les problèmes sociaux entraînaient alors des problèmes de santé qui conduisaient aux médecins généralistes. Ces derniers pouvaient constater que les problèmes étaient graves, mais n'étaient pas à même de les résoudre.

Au sein du système de santé, on éprouve une certaine réticence (compréhensible) à financer des projets non médicaux. Cette initiative a d'abord démarré sous forme d'un projet pilote dans deux des quartiers les plus défavorisés de Blackpool, puis a été évaluée par l'Université du Lancashire Central. Sur la base des résultats initiaux de ces projets pilotes, le groupe de soins primaires (Primary Care Group, PCG) de Blackpool, de l'Autorité de la santé du Nord-Ouest Lancashire, a ensuite étendu le service à quatre quartiers du centre et à deux grands ensembles, qui sont les zones les plus défavorisées de Blackpool. Le service témoignait d'une conception « tout en un » en matière de besoins médicaux, sociaux et psychologiques.

Entre la prise de conscience du fait qu'un médecin généraliste consacre trop de temps aux aspects sociaux plutôt que médicaux et la conception d'un service adéquat et utile, pouvant contribuer à résoudre les causes à l'origine des problèmes des patients, il y a cependant un grand pas. Plusieurs options ont été envisagées, mais en fin de compte, le PCG a décidé de coopérer avec la succursale locale du CAB et de définir avec elle le rôle spécifique qu'ils pourraient jouer dans la recherche de solutions à ces problèmes non médicaux.



Le CAB fait partie d'un réseau national de bureaux de conseil qui, comme la plupart des associations caritatives, était autrefois géré par des bénévoles. Pour faire face aux problèmes de plus en plus complexes de ses clients et renforcer la cohérence et la fiabilité de son service, le CAB considère désormais qu'il est nécessaire de disposer de travailleurs salariés. Dans le cadre du programme de Blackpool, les services du CAB ont été financés par le PCG. Au CAB, les clients sont assurés de la gratuité, de la confidentialité et de l'impartialité des conseils. Le premier de ces trois aspects est crucial, car les patients n'ont en général pas les moyens de payer une consultation professionnelle. Le dernier est rare. Comme le souligne John Dempsey, peu de services donnent des conseils qui ne servent pas les intérêts de quelqu'un d'autre. En général, les gens consultent un CAB surtout pour des problèmes de dettes et de prestations sociales, et les problèmes traités par le CAB de Blackpool n'y font pas exception.

La raison pour laquelle on a choisi le CAB comme partenaire dans cette initiative est qu'il s'agit d'une organisation très respectée, bien établie, qui dispose d'une grande compétence pour les questions sur lesquelles les médecins généralistes souhaitent attirer l'attention. Pour le CAB, qui était une organisation d'une taille relativement petite à Blackpool, le défi a consisté à quitter des locaux vétustes et surpeuplés, dans lesquels le travail n'avait pratiquement pas évolué depuis 20 ans. Cette initiative a permis aux membres du personnel du CAB de proposer leurs services hors du cadre habituel du bureau, et de cibler des personnes qui, bien qu'elles aient un besoin urgent de conseils, ne les avaient jamais consultés auparavant.

Un autre avantage pour le CAB était que sa base de financement à Blackpool a pu être élargie d'une source principale (le conseil local) à un nouveau partenaire important (le NHS). Dès le départ, il était clair que ce partenariat permettrait non seulement d'élargir les compétences du CAB local, mais qu'il présenterait aussi un intérêt pour les autres CAB dans tout le pays. Concrètement, au lieu de se contenter de donner des conseils, le CAB pouvait s'agrandir et embaucher trois conseillers salariés, un à plein temps et deux à temps partiel.

### **Répondre aux besoins sanitaires et sociaux des gens**

Ce service est en pratique assez différent de ce que le CAB voulait qu'il soit au départ. À l'origine, il avait été conçu comme un service d'« orientation » qui n'essayait pas de résoudre les problèmes, mais d'indiquer à qui s'adresser pour recevoir aide et conseils. En pratique, le CAB propose un service sans solution de continuité, selon une approche globale, répondant au plus grand nombre de besoins possible. Cette augmentation du niveau de service est due au fait que les consultants trouvaient qu'il était difficile d'aller d'une organisation à l'autre pour parler de leurs problèmes, ce qui a amené le personnel du CAB à changer d'optique et à suivre les problèmes des clients jusqu'à leur conclusion.

Le personnel du CAB a des heures de consultation dans plusieurs cabinets de médecins généralistes à Blackpool. Les clients sont le plus souvent orientés vers le CAB par le médecin généraliste ou le personnel soignant. De cette manière, des personnes qui autrefois ne faisaient pas appel aux services du CAB sont désormais encouragées à le faire, ce qui permet non seulement d'élargir la gamme de compétences du CAB, mais aussi de toucher des clients venant des secteurs plus vulnérables de la société, qui ne seraient pas venus autrement.

Les raisons de la réticence passée semblent varier, mais la plus importante est sans doute que, pour beaucoup, il y a une certaine honte à avoir recours au bureau principal du CAB. Autrefois, les gens ne souhaitaient pas être vus en train d'aller au CAB ; mais maintenant que le conseiller officie au sein du cabinet médical, il n'est plus évident que c'est lui que vient consulter le « patient ». Carole Sharrock, directrice de projet auprès du PCG de Blackpool déclare : « Les patients se trouvent dans un cadre qui leur est familier et peuvent être en train d'attendre le médecin, l'aide-soignante ou le conseiller du CAB ; en d'autres termes, il y a un certain anonymat. Le fait que le médecin ait suggéré que la personne consulte le conseiller du CAB confère une légitimité au service ou, en d'autres termes : c'est sûrement bien, si c'est le docteur qui le dit » !

La conscience de cette gêne influence la façon dont le CAB et le PCG font de la publicité pour les services. « Cela ne sert à rien de mettre simplement des affiches, car la plupart ne veulent pas être vus en train de les lire. Il vaut beaucoup mieux distribuer des brochures dans des endroits plus discrets. Les conseillers du CAB ont constaté que les toilettes sont un bon endroit pour les mettre », dit Carole Sharrock en souriant. Le CAB peut partager ses expériences en matière de ciblage et développer ses services, avec des agences dans toute la zone.

### **D'un projet pilote à un service à part entière**

Le projet, lancé fin janvier 1998 sous forme pilote, était censé durer un an. À l'origine, le « CAB auprès des cabinets médicaux » était proposé dans cinq cabinets de Blackpool, en neuf séances de deux heures. L'Autorité de la santé du Nord-Ouest Lancashire a commandé un audit du projet et le professeur Alan Gillies a dirigé ce travail au nom de l'Université du Lancashire Central. Son rapport donne une idée très complète de tous les aspects du service, tout comme le rapport d'information rédigé par le PCG de Blackpool. Le rapport d'audit est très favorable et aucun problème ou défaut particulier n'a été rencontré.

Sur la base du rapport favorable du professeur Gillies et des commentaires positifs des professionnels de santé, la décision d'étendre le service a été prise.

Les deux préoccupations principales consistaient à toucher ceux qui en avaient le plus besoin et à prendre en charge les coûts du service. Le « CAB auprès de cabinets médicaux » est aujourd'hui proposé dans neuf cabinets de Blackpool, avec 17 séances de deux heures. Le nouveau contrat a été conclu pour une période de trois ans et demi, du 1er octobre 2000 au 31 mars 2004, et le PCG finance le projet à hauteur de 56 579 livres par an. Ce montant couvre les salaires de trois personnes, dont une à plein temps, ainsi que les frais de formation et d'administration, les documents de référence et certains frais de déplacement.

### L'endettement et le « maquis des prestations »

« L'endettement est le problème le plus courant », dit John Dempsey. Il poursuit en soulignant que, depuis des années, les banques et institutions financières accordent très généreusement des emprunts et des cartes de crédit, ce qui amène les gens à s'endetter très rapidement.

Un patient qui vient consulter le médecin et se plaint de ne pas dormir la nuit peut très bien ne souffrir d'aucun trouble physique, mais plutôt ne pas arriver à fermer l'œil à l'idée de l'huissier frappant à sa porte. Dans un cas de ce type, le médecin généraliste peut découvrir la cause du problème sans pour autant pouvoir aider le patient. Dans les cabinets médicaux de Blackpool comprenant un CAB, le médecin généraliste peut par contre orienter le patient vers les conseillers du CAB et suivre les progrès de l'affaire pour vérifier si le patient peut de nouveau dormir en toute tranquillité, une fois la menace de l'huissier écartée.

Autre grande source de difficultés financières : les demandes de prestations sociales. Au Royaume-Uni, les prestations sont souvent accordées à la suite d'un examen des ressources financières. Cela implique des formulaires de demande de plus en plus compliqués et une multitude de prestations disponibles, si

*De gauche à droite : John Dempsey (CAB), Carole Sharrock (PCG) et Carol Goodier (Autorité de la santé)*



l'ayant droit sait ce qu'il veut et où s'adresser. Ce maquis des prestations exige un haut niveau de compétence et de connaissances, qui dépasse souvent la capacité de l'ayant droit moyen. Le personnel du CAB qui travaille dans les cabinets médicaux consacre beaucoup de son temps à aider les gens à identifier le type de prestations auquel ils ont droit, et à remplir les formulaires de demande.

Selon John Dempsey, le service a fait des demandes de prestations s'élevant à environ 150 000 livres pour le compte de ses clients en 2001. Au cours de la première année, le projet a touché 215 consultants, ce qui a donné lieu à 1 233 dossiers et à un gain total de 106 000 livres pour ses clients. D'avril 2001 à mars 2002, il y a eu au total 3 554 contacts avec des consultants. Ces chiffres montrent que ce service répond à un besoin.

À en croire les réponses aux questionnaires remis aux clients, l'existence du projet a beaucoup changé la vie de ces personnes. Quand elles remplissent ces questionnaires, elles ajoutent parfois quelques mots de gratitude envers certains conseillers du CAB, comme par exemple : « Toujours aimable » et « J'avais plusieurs raisons pour consulter vos services et tous mes problèmes ont été résolus ». À la question de savoir si le client pouvait suggérer des améliorations éventuelles à ces services, l'un d'entre eux a répondu : « Non, je pense que ce que vous faites actuellement est un service de très haut niveau et je n'ai aucune critique à faire sur quoi que ce soit ». Et à la question de savoir si le client pensait que le service pouvait être recommandé à d'autres, l'une des réponses était : « Eh bien, ils vous donnent de l'aide et des conseils comme ils disent qu'ils le feront, et vous aident à régler votre problème ».

John Dempsey souligne que, même si la plupart des clients leur sont adressés par les cabinets médicaux, beaucoup de personnes viennent les consulter sur les recommandations d'autres clients. « Nous recevons maintenant beaucoup de membres d'une même famille, ce qui tend à indiquer que les clients sont satisfaits ». Il ajoute en souriant : « On nous attribue même parfois des pouvoirs magiques ». John Dempsey et ses collègues ne se reposent pas sur leurs lauriers pour autant et réfléchissent aux différentes façons d'améliorer le service. Une des idées actuellement à l'étude consisterait à ajouter un service de « compagnon » : quand un client doit faire des démarches, il est accompagné pour ne pas se retrouver seul et sans soutien.

Le NHS a décerné à ce service un prix spécial en raison de la qualité de ses méthodes de travail. Il s'agit actuellement de l'un des 11 projets décrits sur le site Web du NHS. Carole Sharrock explique que, depuis que le service a obtenu ce prix, le PCG a invité des professionnels de la santé, des conseillers du CAB et des assistants sociaux à Blackpool pour participer à des ateliers sur le

sujet. Invitant environ 20 personnes à la fois, le PCG a jusqu'à présent organisé quatre ateliers ainsi que plusieurs autres activités telles qu'un stand de publicité et une intervention lors d'une conférence nationale sur les soins primaires qui a eu lieu récemment. La publicité s'est particulièrement attachée à cibler les organisations travaillant dans les zones défavorisées (selon la définition du Gouvernement britannique), d'autres PCG, les services de soins primaires autonomes (Primary Care Trusts) et le CAB. Il a également participé à des manifestations organisées par le NHS.

### **Enseignements tirés**

« Des services de ce type pourraient être mis en place partout au Royaume-Uni et être vraiment efficaces », déclare John Dempsey. Outre une bonne préparation, la clé du succès a été une coopération soigneusement orchestrée entre le CAB et les professionnels de santé. Les médecins généralistes pensaient que des services de ce type étaient nécessaires et appropriés.

Quand on leur demande ce qu'il faut garder à l'esprit si l'on veut mettre sur pied un service de ce type, John Dempsey, Carol Goodier et Carole Sharrock sont d'accord pour dire que le démarrage assez lent les a quelque peu surpris. Il a fallu du temps pour que les gens commencent à venir. Mais une fois que les choses ont bougé, les progrès ont été très rapides et on demande maintenant aux médecins généralistes de n'orienter vers le CAB que les patients pouvant vraiment bénéficier de ses conseils.

La publicité a été envisagée dès le début. Il était important de faire connaître le projet au niveau local, pour que les clients potentiels entendent parler du service. « Les radios et quotidiens locaux sont un point de départ important », explique Carole Sharrock. Et puis il y a les brochures, pour que les gens puissent savoir comment le service fonctionne et comment y accéder. Dès le début, on a pensé qu'il serait bon de faire connaître le service à d'autres groupes, qui pourraient s'en inspirer pour faire quelque chose de similaire.

« Travailler en coopération avec le PCG permet au CAB de proposer ses services aux gens qui en ont le plus besoin, et plus particulièrement à ceux qui n'ont pas tendance à demander de l'aide, comme les personnes âgées, par exemple », dit John Dempsey. Cette souplesse semble être essentielle pour toucher ceux qui en ont le plus besoin.

# Étude de cas 12

## « Fit for Work » : réhabilitation urbaine et santé dans le quartier londonien de Newham

*Sigrún Davídsdóttir*

Quand on descend du train à la gare de Stratford dans le quartier londonien de Newham, on ne remarque pas immédiatement que Newham est l'un des quartiers les plus défavorisés du pays. Et pourtant, les niveaux de revenus, le taux de chômage, l'endettement, le logement et le nombre de sans-abri y sont parmi les pires d'Angleterre. Newham occupe également la deuxième place du Royaume-Uni pour ce qui est du pourcentage de familles avec des enfants en bas âge : plus de 32 % ont des enfants de moins de 16 ans. Plus de 13 % des habitants sont titulaires de pensions. Compte tenu du lien étroit existant entre la pauvreté et le chômage, d'une part, et la maladie, d'autre part, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'état de santé général de la population de Newham soit mauvais<sup>31</sup>.

Au cours de la dernière décennie, le quartier de la gare, dans le centre de Newham, a été reconstruit à l'aide de fonds publics. Depuis 1997, la santé est devenue un facteur de plus en plus important pour la réhabilitation du secteur. Bien que les plans de réhabilitation soient courants au Royaume-Uni, « Fit for Work » (FFW), un projet quinquennal, est le premier de ce type et a pour objet d'établir un lien entre santé et réhabilitation. Cela a signifié que différents secteurs, qui n'avaient en commun ni langage, ni mission, ni objectif, ont dû apprendre à coopérer afin de créer une base cohérente pour le projet.

Une enveloppe de 3 700 000 livres a été allouée au projet par le Single

---

<sup>31</sup> *Fit for work. Newham Health Partnership. Delivery plan year 5 – 2001/2002.* Londres, Stratford Development Partnership Limited, 2002.

Regeneration Budget Challenge Fund (SRB), qui est administré par le Ministère des transports, des collectivités locales et des régions (DTLR). Les cinq objectifs constituant le cadre de FFW sont :

1. Aide à l'accès à l'emploi dans le secteur des soins de santé
2. Développement économique
3. Amélioration de la santé et de l'accès aux services de santé
4. Intégration des soins
5. Gestion et publicité

Ces cinq objectifs ont été formulés dans le cadre de la politique gouvernementale et des objectifs stratégiques du SRB du gouvernement, en vue de faciliter le financement et l'appui nécessaires. Douze projets FFW clés<sup>32</sup> ont été organisés et gérés d'après ces objectifs.

Le raisonnement à la base du projet était que le secteur de la santé était un secteur comme les autres et donc une force économique majeure dans la zone. À ce titre, ce projet pouvait contribuer à de nombreux changements positifs dans la zone, non seulement en termes de développement économique, mais aussi en termes de santé.

Conscient de cela, FFW a tenté de répondre à deux problèmes locaux majeurs : un grand nombre de postes vacants dans le secteur de la santé et un fort taux de chômage. Le projet a utilisé différents moyens, tels que la formation au travail dans le secteur de la santé, et des actions visant à inciter le secteur de la santé à Newham à acheter des produits locaux et à faire appel à des services locaux. Il a exploité le pouvoir économique du secteur de la santé pour créer des emplois. On sait qu'il existe un lien entre le chômage et la charge supportée par les services de santé locaux, et une réduction du chômage ne peut donc que profiter au système de santé.

### **Impliquer les acteurs non sensibilisés**

Les trois forces motrices à la base du projet FFW sont ses trois partenaires clés :

- Le service de soins primaires de Newham (Primary Care Trust), un organisme financé par les fonds publics et travaillant dans le secteur de la santé ;
- Le Conseil municipal de Newham (la collectivité locale) ;
- Stratford Development Partnership Ltd (SDP), une entreprise sociale et une agence de gestion et de développement de projets à but non lucratif.

---

<sup>32</sup> La liste des projets se trouve dans l'annexe située à la fin de ce chapitre.



FFW était principalement financé par les fonds publics, mais il associait non seulement le secteur public et le secteur privé, mais aussi des organisations non gouvernementales et d'autres associations à but non lucratif. Les projets de FFW ont attiré tout un éventail de financements du secteur privé et du secteur public, qui se sont ajoutés aux fonds FFW. Un autre partenaire clé a été le King's Fund, à la fois centre d'études et de recherches et association caritative indépendante ayant pour mission d'améliorer la santé. Le King's Fund a joué un rôle central dans l'évaluation du programme FFW et la diffusion de ses bonnes pratiques.

Stephen Jacobs, directeur général de SDP, a souligné que le secteur de la santé pouvait changer les choses et il souhaitait qu'il ne se contente pas de jouer uniquement son rôle de prestataire de soins :

Il existe dans le secteur de la santé un grand nombre d'offres d'emploi au sein d'une zone où le taux de chômage est élevé. Alors pourquoi ne pas allier les deux ? ... Le secteur de la santé n'est pas seulement là pour que les gens se portent mieux, [il doit] reconnaître qu'il est une force centrale dans l'économie, une force capable de créer des emplois pour des gens qui pourraient sinon tomber malades à cause du chômage. ... La santé est aussi un secteur d'activité. Si l'accent est mis sur cet aspect, il est plus facile d'obtenir des fonds et de résoudre les questions graves. ... De plus, les établissements de soins ne servent pas bien les minorités ethniques, ce qui signifie que les personnes issues de minorités ethniques sont moins susceptibles de recevoir un bon niveau de service.

Mais le secteur de la santé ne peut pas résoudre les problèmes sociaux à lui tout seul ; il a besoin de partenaires. « Il a tendance à se replier sur lui-même », a expliqué Stephen Jacobs, qui a souligné que les partenaires idéaux pour les services de santé pouvaient être trouvés parmi les organisations non gouvernementales et les associations à but non lucratif.

Les avantages sont évidents. Selon Stephen Jacobs, « si l'on donne un emploi aux gens, ils cessent de toucher des prestations, ce qui signifie que l'État perçoit des recettes fiscales et fait des économies de prestations ; la pression sur les services de santé en est réduite d'autant. À ce jeu, tout le monde est gagnant » (encadré 3).

Il faudra plus que les seuls services de santé pour venir à bout du chômage. « À FFW, nous faisons participer d'autres acteurs, tels que les collectivités locales et les services de l'emploi, qui ne réalisaient peut-être pas qu'ils étaient à même de contribuer à améliorer la santé », a déclaré Stephen Jacobs. « En associant ces acteurs, nous agissons sur les questions sociales les plus préoccupantes, telles que la criminalité et l'insécurité, parce qu'elles sont à leur tour infléchies par un

### Encadré 3. « FFW » : son impact sur la communauté locale

FFW a été lancé en 1997 et s'est terminé en 2002. Pendant cette période, les principaux résultats rapportés ont été :

- la création d'environ 350 emplois et la sauvegarde de 350 emplois supplémentaires, grâce à l'investissement public ;
- 400 personnes ayant participé aux programmes de formation de FFW ont acquis des qualifications professionnelles ;
- 450 résidents de la localité ont obtenu un emploi à la suite des projets FFW ;
- 500 résidents de la localité ont obtenu un emploi après avoir suivi un stage de formation FFW ;
- des milliers d'écoliers de Newham ont bénéficié d'initiatives de sensibilisation concernant la santé des jeunes ;
- 100 entreprises nouvelles ont été créées grâce à l'aide et à l'appui financier d'investissements FFW ;
- 700 entreprises ont demandé conseil et assistance aux projets FFW ;
- 25 000 habitants ont pu accéder à de nouvelles installations de santé et plus de 300 associations ont reçu une assistance.

Source : Stratford Development Partnership, Londres, 2002.

plus fort niveau d'emploi, de santé et d'éducation. Les projets FFW ont des répercussions sur tous ces aspects vitaux. »

« Nous voulons montrer que la santé n'est pas seulement du ressort du secteur de la santé », a expliqué Teresa Edmans, directrice de programme pour la santé et la réhabilitation au King's Fund. « Il y a d'autres acteurs sur le terrain, et notre rôle consiste à les aider à réaliser ce qu'ils peuvent faire et à voir comment coopérer avec d'autres. »

**L'argent ne suffisait pas, des idées nouvelles étaient nécessaires**  
Stephen Jacobs était catégorique : le secteur de la santé devait être considéré comme une force économique clé dans la plupart des domaines, souvent le plus grand employeur et constructeur, ainsi qu'un acheteur important de biens et de services, comme c'était le cas à Newham : « Si on considère les services de santé comme un secteur qui a besoin de modernisation, il est à la fois plus facile de trouver des financements et de répondre aux questions difficiles, telles que l'inadéquation des services, par exemple dans le cas des groupes minoritaires. » Mais ce ne sont pas seulement les grandes structures qu'il faut considérer comme des entreprises. Les petites unités comme les médecins généralistes et les dentistes devraient aussi se reconnaître comme telles.

La situation particulière de Newham était la suivante : le pourcentage d'offres d'emploi non satisfaites dans les différents services de santé peut aller de 15 à 30 %, et pourtant le taux de chômage est élevé. « Cela signifie que le plus grand employeur de la zone n'a pas assez de travailleurs », a expliqué Stephen Jacobs. Pour y répondre, on a fait appel à différents acteurs et on a essayé de penser autrement : « Il est facile pour le gouvernement d'allouer davantage de crédits et de dire aux services de santé de les dépenser autrement. Mais dans le cadre de Fit for Work, nous avons mis en place une structure, impliquant les collectivités locales, les organisations sanitaires, les généralistes, des entreprises et associations afin de déterminer comment tout ce monde peut s'entraider. »

C'est là que les différents projets sont entrés en jeu. Chacun d'entre eux était basé sur une nouvelle façon de penser ou impliquait la participation de partenaires qui n'auraient pas travaillé ensemble sans cela. Stephen Jacobs a mentionné le programme Exercice physique sur ordonnance, l'un des projets de FFW, dans lequel les médecins généralistes pouvaient, dans certains cas, prescrire des séances d'exercice dans les centres de fitness locaux, plutôt que des analgésiques ou autres mesures habituelles. « Ce projet propose des choses radicalement différentes et a pour but une amélioration durable, ce qui revient moins cher que les analgésiques. »

Teresa Edmans travaillait sur des grands ensembles en zones défavorisées, où la réhabilitation n'était pas du ressort des services de santé, mais des collectivités locales. À son avis, la réhabilitation devait être envisagée du point de vue de la santé. Elle pensait que des projets individuels ne suffisaient pas et, souhaitant influencer les décisions politiques, elle passa au King's Fund. Son objectif était de faire en sorte que l'idée à la base de FFW cesse d'être une simple initiative locale pour devenir une politique gouvernementale intégrée.

### **Enseignements tirés**

*Premier enseignement : combattre la force d'inertie*

Le passage de projets isolés à une politique à part entière est cependant un chemin semé d'embûches. Tout au long de ce chemin, on rencontre beaucoup de scepticisme et de nombreux obstacles. Mais ceux qui sont à l'origine des changements liés à FFW, comme Gillian Seabright, directeur adjoint du service de développement du Primary Care Trust de Newham, ont estimé qu'il y avait eu un certain impact. « Avant, nous devions presque jouer les clandestins pour enfreindre les règles que nous voulions changer. Maintenant, nous pouvons agir à découvert. »

Il ne faut pas croire que si les projets marchent bien, ils seront accueillis à bras ouverts par des personnels de santé avides de faire bouger les choses. « Le système de santé est un milieu très fermé et très hiérarchisé, avec des domaines

de pouvoir que chacun essaie de défendre », a expliqué Stephen Jacobs. « Il règne au sein du système de santé un profond scepticisme envers les idées nouvelles. »

Teresa Edmans évoque les cadres moyens dans les organisations : « Ils font véritablement barrage. Ils sont très peu enclins à prendre des risques, à concéder du pouvoir et à changer de secteur professionnel. Comment des infirmières pourraient-elles transmettre quelque chose à des travailleurs non qualifiés ? Il s'agit de modifier les comportements et les relations professionnelles. » Alina Lubinska, directrice de programme à SDP, estimait que les principaux investisseurs ne dénichaient pas les bons projets et n'en tiraient pas assez vite d'enseignements :

Le programme FFW a permis de tester des pratiques et des projets innovateurs. Sans financement complémentaire, les projets risquent de disparaître, et les enseignements et les bonnes pratiques qu'on pourrait en tirer ne seront pas assimilés. C'est l'éternel problème : il faudra réinventer la roue plus tard et à plus grands frais, parce que l'on n'est pas capable d'identifier et d'assimiler plus efficacement les changements au sein du système de santé.

Jane Woolley, directrice de programme adjointe à SDP, a expliqué que pour assurer le changement, le partenariat FFW a réuni des personnes travaillant dans le secteur de la santé et d'autres cadres supérieurs des organismes concernés : « La liste des partenaires s'est modifiée petit à petit, parce que nous avons appris à identifier les gens dont nous avons besoin pour faire avancer les choses ».

« L'avantage du partenariat FFW, c'est que nous disposons d'un très vaste réseau, ce qui nous permet de diffuser les bonnes pratiques le plus largement possible », a indiqué Teresa Edmans.

*Deuxième enseignement : surmonter l'obstacle culturel – apprendre le langage de l'autre*

Financer FFW à l'aide de crédits du Ministère des transports, des collectivités locales et des régions signifiait que les fonds provenaient d'un organisme qui n'avait rien à voir avec la santé. « Ils ne connaissaient bien sûr pas du tout le secteur de la santé », a expliqué Teresa Edmans, « donc ils avaient beaucoup à apprendre. Leurs rapports sont rédigés dans un style inhabituel pour le secteur de la santé, ce qui pose problème. En revanche, ils connaissent bien la question de l'emploi ».

Le fait que tant d'organismes et d'individus n'ayant aucune connaissance ni compréhension de la santé aient participé à FFW a contraint ceux qui, eux,

venaient du secteur de la santé, d'adapter leur propre façon de penser pour se faire comprendre. Par exemple, il est difficile de traduire en termes de santé l'importance de construire une école, ou de traduire en termes d'amélioration de la santé publique la réhabilitation en général. Teresa Edmans a expliqué que, de ce point de vue, le partenariat FFW a impliqué un changement de culture, pour vaincre les obstacles culturels. Gillian Seabright a fait remarquer qu'il lui avait été très utile d'avoir une agence de développement, SDP, pouvant effectuer ce travail de « traduction » pour elle. L'agence a su se familiariser avec le secteur de la santé aussi bien qu'avec les autres secteurs concernés.

### *Troisième enseignement : diffuser et partager l'information*

Les acteurs de ces projets ont, semble-t-il, découvert avec surprise que la publicité aurait dû entrer en ligne de compte plus rapidement et avec plus d'ampleur. La publicité ne consistait pas seulement à mettre les gens au courant des projets, mais, et c'est tout aussi important, à partager les enseignements tirés avec les autres. Le partage de l'information a été concentré sur le niveau local pendant beaucoup trop longtemps. « FFW était considéré comme un événement intéressant et nouveau au niveau local, ce qui était bien pour commencer, mais cela a continué pendant trop longtemps. Nous n'avons pas montré assez explicitement qu'il y avait des leçons générales à tirer de FFW et pas seulement au niveau local », a commenté Gillian Seabright.

« L'enseignement principal pour moi est celui-ci : faites-vous connaître, partagez ce que vous avez appris et faites-vous reconnaître ! »

Jane Woolley a mis l'accent sur le travail effectué actuellement par les membres du partenariat FFW : ils vont voir les gens, leur parlent des projets, insistent sur le fait que cela marche. Il en a résulté des avantages inattendus pour d'autres : une personne, qui avait entendu parler de FFW, a repris l'un des projets dans son propre secteur et ce projet vient de lui rapporter un prix. « En général, les services de santé ne savent pas faire connaître leur travail », a expliqué Gillian Seabright. « Toute l'attention s'est concentrée sur Newham et sur la communication au niveau local, mais je consacre environ 20 % de mon temps à étudier les idées et les projets des autres. On ne le dit pas souvent, mais on devrait : nous donnons beaucoup de conseils à d'autres. »

Jane Woolley a fait remarquer que, si l'on veut influencer la politique gouvernementale et obtenir un financement, il était essentiel de savoir quels étaient les objectifs du gouvernement, d'entrer dans le processus le plus tôt possible et d'identifier ceux qui pouvaient s'associer au projet. « Nous avons appris quels étaient les objectifs du gouvernement et nous avons relié les projets à ces objectifs. Environ 30 à 40 projets ont été proposés, le partenariat FFW les a passés en revue et a trouvé ceux qui étaient les plus appropriés. »

Jane Woolley a dit qu'au fond d'elle-même, elle savait que FFW avait eu beaucoup d'influence, mais que, étant donné que les projets n'avaient pas prévu, dès le départ, une diffusion et une surveillance systématiques des bonnes pratiques, cet impact était difficile à prouver. « Cet aspect devrait être intégré au projet », a-t-elle estimé. La question était aussi de savoir qui la publicité devait cibler : fallait-il cibler le public local ou le public national et cibler le secteur de la santé ou d'autres secteurs concernés ? FFW n'a pas de réponse à cela, la publicité n'étant qu'accessoire. Le caractère transsectoriel du projet fait qu'il est encore plus difficile de décider à qui devrait s'adresser la publicité. Jane Woolley fait remarquer que, comme il s'agissait d'un projet de réhabilitation, ils avaient essayé de susciter l'intérêt des médias spécialisés dans ce domaine : « Mais dans le secteur de la réhabilitation, les plus gros postes, tels que la construction, intéressent davantage que la santé ».

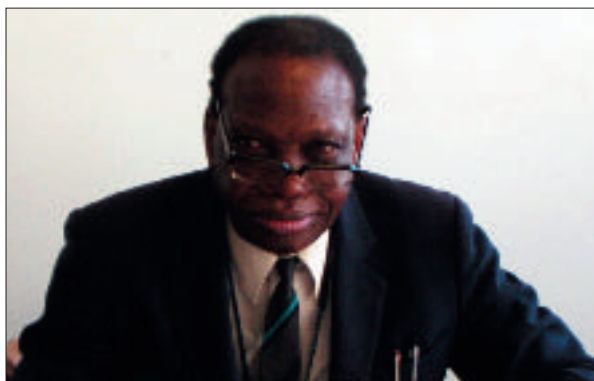
### **Annexe : les projets de FFW**

L'idée à la base de FFW, c'était de ne pas se contenter de créer des emplois et de maintenir les gens dans ces emplois, mais aussi de créer des emplois qui donnent aux gens la possibilité, premièrement, de travailler et, deuxièmement, de continuer leur formation et obtenir de meilleurs emplois. Les projets ont été financés par des fonds publics et étaient largement répartis sur les organisations, organismes et entreprises du quartier, ce qui signifie qu'ils étaient largement ancrés dans la communauté locale. Ils ont eu des durées variables et ont tous fait l'objet d'une évaluation. Les douze projets suivants ont été menés dans le cadre de FFW.

#### *1. Formation*

Le projet le plus réussi a probablement été le stage de neuf semaines qui a été mis en œuvre pour former les gens à un emploi dans le secteur de la santé. L'intention était d'aider les gens à trouver un emploi dans ce secteur, et de faire comprendre que ce premier emploi n'était pas nécessairement une fin en soi, mais pouvait conduire à d'autres postes au sein du secteur de la santé. Le

*Adetimola suit le stage de neuf semaines pour travailler dans le secteur de la santé*



groupe cible incluait toute personne actuellement sans emploi, sans limite d'âge. Les minorités ethniques n'étaient pas spécifiquement ciblées, mais 60 % des personnes inscrites étaient issues d'une minorité ethnique.

Adetimola était l'une de ces personnes. Il était enseignant de métier, avait eu beaucoup d'emplois différents et s'était inscrit au stage parce que le secteur de la santé lui était familier, sa femme étant infirmière. Son objectif était de travailler dans les services sociaux, afin d'apporter sa contribution aux activités de la collectivité, et il a estimé que le stage le préparait bien à chercher un emploi dans le secteur social.

Priscilla a également suivi ce stage. Elle connaissait déjà le secteur des soins, mais elle a été très satisfaite du stage, parce qu'elle estimait que c'était une bonne préparation pour décrocher un emploi. Son but, après le stage, était de trouver un emploi dans le secteur des soins aux personnes âgées.



*Priscilla, assistée de l'enseignante Diane English*

Avant de suivre ce stage, Marie-Jeanne avait déjà fait un stage de réinsertion. Elle était satisfaite des cours, estimait qu'elle avait beaucoup appris et pensait qu'elle avait de bonnes chances de trouver un emploi par la suite.



*Marie-Jeanne avec l'enseignante Bobby Spall*

### *2. Exercice physique sur ordonnance*

L'exercice peut-il remplacer les médicaments ? Pas sans l'autorisation du médecin généraliste. Mais, grâce à une coopération avec quatre centres de fitness de Newham, les patients à qui de l'exercice physique ferait du bien ont été orientés vers ces centres, où on leur a donné le temps et les soins nécessaires pour les aider à se remettre en forme. Ce programme fait désormais partie des activités du Primary Care Trust, ce qui assure la durabilité du projet. Il a rencontré un franc succès, et on considère parfois que les médecins généralistes orientent un peu trop rapidement les patients vers ces centres.



### *3. Centre de soins intégrés*

Le projet le plus ambitieux dans le cadre de FFW a été la construction d'un centre de soins de santé à Newham. Le bâtiment, qui a ouvert au printemps 2002, est la propriété du Primary Care Trust de Newham. Il abrite également toutes les activités du Trust, ainsi que d'autres activités apparentées.

### *4. Assistantes dentaires*

Avant le début de ce projet, les assistantes dentaires de Newham suivaient leur formation dans les hôpitaux, ce qui est la pratique habituelle. Mais la majorité des soins dentaires a lieu dans les cabinets dentaires, ce qui rend la formation hospitalière peu adéquate. L'équipe a estimé donc qu'il était plus approprié de former les assistantes à l'environnement de ces petites entreprises. La formation est désormais orientée vers cette réalité et le résultat en est que, grâce à cette nouvelle méthode de formation et à une sélection des stagiaires plus minutieuse que celle que l'agence pour l'emploi locale pourrait fournir, les assistantes dentaires ont été beaucoup plus assidues à leur stage. En moins de 3 ans, 118 emplois ont été créés, pour la plupart dans les communautés ethniques. On a l'intention de franchiser ce système de formation et de recrutement.

### *5. Collaborateurs bilingues*

Communiquer avec des patients et leurs familles dans une langue étrangère pose souvent problème. Ce projet a proposé une formation en communication à tous les personnels de santé, qu'ils soient personnels d'entretien, infirmières ou médecins, parlant des langues autres que l'anglais. Au lieu de rechercher, parmi les membres du personnel, ceux qui avaient les compétences linguistiques requises, on a imaginé de former tout le personnel multilingue en place pour qu'il serve d'intermédiaire entre le personnel soignant et les patients ou leurs familles. Ce projet a amélioré la communication, a conféré une valeur ajoutée à l'emploi des personnes concernées et par conséquent, leur a permis d'augmenter leurs salaires.

### *6. Formation aux entretiens d'embauche*

Les personnes ayant un emploi sont généralement en meilleure santé que les personnes sans emploi et ont tendance à mieux se débrouiller lors d'un entretien d'embauche. Ce programme a été conçu pour les chômeurs de longue durée et les a aidés à améliorer leur curriculum vitae et leurs compétences en matière d'entretien d'embauche, ce qui a augmenté leurs chances de trouver un emploi.

### *7. Santé et sécurité au travail*

Ce projet a offert une éducation sur la santé et la sécurité au travail aux jeunes de 14 et 15 ans et aux 18–25 ans, soit avant un stage, soit avant qu'ils se lancent dans la vie active. Il visait également à sensibiliser le personnel chargé des soins à domicile aux questions de santé et de sécurité relatives à leur travail. Cette initiative a reçu l'appui de la Centrale syndicale britannique.

### *8. Action auprès des fournisseurs*

L'une des façons d'accroître l'emploi dans une zone consiste à encourager le commerce local. Ce projet a eu pour objectif le courtage au sein de la région, pour que les petites et moyennes entreprises puissent faire des offres et remporter des contrats d'achat. Souvent, le problème réside dans le fait qu'une nouvelle entreprise ne peut pas faire état d'antécédents mais, dans le cadre du projet, on y a remédié en la présentant à des entreprises appropriées et à des acheteurs potentiels. Cela a été réalisé en collaboration avec des organisations professionnelles et des groupes de soutien de la zone.

### *9. Sensibilisation*

Ce projet a été géré conjointement par les services sanitaires et sociaux afin d'inciter ceux qui ne le font pas d'ordinaire à faire usage des services publics. Les trois groupes cibles ont été les handicapés mentaux, les jeunes et les personnes souffrant de troubles mentaux. Le projet a pour but de former le personnel pour leur apprendre à mieux faire connaître les services à ces groupes, ainsi qu'à tous ceux qui avaient besoin de ces services, mais ne demandaient pas d'assistance.

### *10. Promotion de la santé auprès des adolescents*

Ce projet a eu pour objectif d'informer les adolescents des questions de santé. Un plan de santé spécifique pour les adolescents sera mis en œuvre par la suite à Newham.

### *11. Centres pilotes de vie saine*

L'objectif de ce projet était de mettre en place un centre pilote de « vie saine », axé sur les besoins de l'enfance et de la jeunesse.

### *12. Suivi et évaluation*

En plus d'une sélection minutieuse, les projets ont fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Tous les responsables de projet ont suivi une formation à l'Université d'East London, qui a également supervisé le suivi et l'évaluation des projets FFW.



# Conclusions

Cette série d'études de cas a été un exercice utile en soi. Elle donne au Bureau régional une idée de la façon dont la pauvreté est actuellement perçue dans un certain nombre d'États membres, et offre la possibilité d'établir la carte des problèmes que l'on cherche à résoudre et des lacunes potentielles des actions menées pour y faire face dans la Région.

En outre, la réunion de Düsseldorf a passé en revue l'ensemble du processus et la méthodologie choisie, ainsi que les critères de sélection des études de cas. Un certain nombre de domaines « manquants » dans la première série de 12 études de cas a été identifié, en particulier, l'absence d'études de cas décrivant les actions menées pour combattre la pauvreté et améliorer la santé dans les zones rurales. À la suite de ce constat, plusieurs mesures ont été considérées comme pertinentes et propres à combler les lacunes en matière d'information et à développer le savoir-faire nécessaire dans ce domaine, qui est une préoccupation croissante pour les États membres de la Région européenne. Ces mesures comprennent entre autres la poursuite du processus d'élaboration, d'analyse et de diffusion de connaissances sur les liens existant entre pauvreté et santé et, en particulier, la mise au point de méthodes et d'outils pour la collecte, la validation et la diffusion systématiques d'études de cas relatives au rôle concret du système de santé dans les questions de pauvreté et de santé.

Au cours de la réunion, on a également constaté qu'un grand nombre de mesures visant à atténuer ou réduire les facteurs à l'origine de la pauvreté échappent à la compétence du système de santé. Par conséquent, et bien que les ministères et les personnels de santé soient des partenaires clés dans la lutte contre la pauvreté, on est en droit de dire que le secteur de la santé se doit d'instaurer une concertation, une coordination et des alliances avec d'autres secteurs afin de mener des actions en matière de pauvreté et de santé.

Cet échantillon d'études de cas, limité mais varié, montre que les efforts déployés dans les États membres afin de combattre la pauvreté, et notamment les interventions du système de santé et les partenariats avec le secteur social, ont des caractéristiques communes dans tous les États de notre Région, les pauvres comme les riches.

Enfin, il nous faut mentionner que de nombreux autres commentaires et conclusions d'importance ont été formulés au cours de la réunion de

Düsseldorf, mais qu'il n'a pas été possible de les détailler dans le cadre de cette publication. Nous nous sommes par contre efforcés de résumer ci-dessous les conclusions clés qui auront des répercussions importantes sur les travaux futurs.

### **Les systèmes de santé peuvent mener des actions efficaces**

Les études de cas montrent que les systèmes de santé peuvent mener des actions à différents niveaux, allant des interventions locales dans de petites localités, comme l'illustre l'étude de cas en Croatie, jusqu'à la mise en œuvre d'une vaste politique à l'échelle nationale, comme le décrit l'étude de cas française.

Mais quelles actions peuvent avoir le plus grand impact sur la pauvreté ? À quel niveau administratif les expériences devraient-elles être institutionnalisées ? Quelles initiatives peuvent être facilement exploitées à plus grande échelle et quels sont les pièges à éviter lorsqu'on les adapte au plan national ? Quel type d'évaluation doit être mis en place afin d'assurer la durabilité ?

Cette étude n'a pu apporter que des réponses partielles à des questions d'une telle complexité. En fait, l'étude constate que, pour mener des actions efficaces, les responsables politiques auront besoin d'une base d'information comportant des données actualisées et fiables sur les mesures qui ont donné de bons résultats en matière de pauvreté et de santé. Il a donc été admis qu'il est nécessaire de procéder à la collecte, l'analyse, l'évaluation et la diffusion complémentaires de tout un éventail d'initiatives ayant trait à la santé des pauvres et des groupes vulnérables.

### **Les systèmes de santé ne doivent pas constituer un fardeau supplémentaire pour les pauvres**

Être malade ne doit pas appauvrir les gens ni grever lourdement leurs ressources. En pratique, cependant, les systèmes de santé peuvent créer des obstacles et causer ou aggraver involontairement la pauvreté. Cette étude montre par exemple que dans certains cas, les pratiques traditionnelles peuvent contraindre les patients à rester sans emploi pendant des périodes inutilement longues. Par ailleurs, d'autres études ont montré que certaines formes de perception de contributions peuvent obliger les pauvres à déboursier des sommes injustifiées<sup>33</sup>. L'étude de cas kirghize présentée ici a toutefois montré que l'insuffisance des recettes fiscales destinées à la santé et la pratique généralisée des « dessous-de-table » peuvent conduire à des solutions pragmatiques comprenant un système de ticket modérateur inscrit dans le cadre d'une série de réformes générales du secteur de la santé. En effet, outre une plus grande transparence, les enquêtes préliminaires conduites au Kirghizistan

---

<sup>33</sup> *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.

## Conclusions

---

indiquent que la part des dépenses totales des patients en médicaments et fournitures médicales a été considérablement réduite après l'introduction du ticket modérateur et la fourniture gratuite de médicaments aux patients pauvres, rendue possible par le « fonds de réserve » des hôpitaux<sup>34</sup>.

Ces exemples, qui n'ont pu être que brièvement étudiés dans cette publication, suggèrent qu'il est important de disposer de critères, de mécanismes et d'indicateurs permettant de surveiller les effets positifs que les différentes pratiques et politiques peuvent avoir sur les pauvres. Les systèmes de santé peuvent, par exemple, coopérer avec d'autres secteurs afin de procéder à un examen régulier des législations susceptibles d'avoir un impact sur la pauvreté et la santé. De la même façon, l'organisation et la prestation des soins, et l'accès à ces soins, dans un pays donné, pourraient faire l'objet d'un examen régulier afin d'évaluer leur impact sur la santé des pauvres.

### Qualifications, compétences et ressources

Bien que la question de la pauvreté et de son impact sur la santé fasse l'objet d'une préoccupation croissante en Europe, dans de nombreux pays, les systèmes de santé n'ont pas alloué les ressources humaines et financières adéquates pour faire face à ce problème complexe. Par ailleurs, dans les programmes d'études et la formation des personnels soignants ne figurent ni les questions relatives aux traitements hospitaliers et médicaux des maladies liées à la pauvreté, ni celles relatives aux possibilités de prévention et de promotion de la santé, toute une série de questions qui fait appel aux connaissances sur les liens existant entre pauvreté et santé. Par contre, des exemples tels que celui de l'étude de cas italienne, présentée ici, montrent que l'embauche de personnel formé spécifiquement pour prendre en compte les besoins des pauvres peut être véritablement utile. C'est pourquoi il ne suffit pas de débloquer des ressources financières pour combattre la pauvreté, mais il est également nécessaire de renforcer les qualifications et de développer les compétences des professionnels de santé qui sont en première ligne de ce combat.

En conséquence, une remarque en guise de conclusion résumerait assez bien les témoignages et l'analyse de cette étude : cela vaut la peine d'investir dans les gens, de les encourager à trouver leurs propres solutions, de les aider à faire connaître les enseignements qu'ils en ont tirés, et d'unir ses forces aux leurs pour montrer que les compétences et les qualifications nécessaires pour changer les choses sont à portée de la main.

---

<sup>34</sup> Les motifs de la décision politique de recourir au système de ticket modérateur, ainsi que les pièges potentiels qui y sont liés, sont aussi longuement débattus dans la documentation existante. Cf. par exemple, MOSSIALOS, E. ET AL. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham et Philadelphie, Open University Press, 2002.





# Annexe 1

## Modèle destiné aux rédacteurs

Les rédacteurs chargés d'élaborer cette publication ont apporté un vaste éventail d'expériences et de connaissances et ont pu faire preuve d'imagination dans la rédaction de leurs comptes rendus. Néanmoins, pour qu'un document cohérent soit établi, le modèle ci-après et une série de lignes directrices ont été préparés et distribués à tous les rédacteurs. Ces derniers ont été priés d'utiliser ce modèle comme guide et liste de contrôle, de façon à ce que les différents aspects des cas abordés soient bien tous étudiés.

### **Informations sur le contexte général**

Pays

Nom du projet ou de l'initiative (explicitant les sigles éventuels)

Organisation partenaire principale

État actuel de l'initiative

*Cycle de vie de l'initiative*

Date de début de l'initiative

Date à laquelle l'initiative se terminera ou s'est terminée

Raisons pour lesquelles l'initiative a pris fin

### **Situation générale en matière de pauvreté et de santé qui constitue le contexte de l'étude de cas**

*Organisation des soins*

Existe-t-il des mécanismes d'organisation et de planification qui s'attaquent aux manques d'équité ou au contraire les engendrent ?

Existe-t-il des objectifs nationaux essentiels pour aborder la question de la pauvreté en général ou dans les groupes vulnérables ?

*Dépenses de santé et leur financement*

Quel est le principal système (ou quels sont les principaux systèmes) de financement des soins de santé ? Les pauvres sont-ils exclus ou non par ces systèmes ?

Des organisations ou secteurs non gouvernementaux apportent-ils une aide importante en vue d'alléger le fardeau de la maladie au sein des populations ou zones défavorisées ?

*Autres influences*

Existe-t-il d'autres politiques qui peuvent revêtir une importance pour l'étude de cas ?

**Contexte précis : objectifs et activités principales**

Quels sont les principaux objectifs de l'initiative ?

Quelles sont les principales activités entreprises ?

Comment cette initiative est-elle liée au système de santé global ?

Quels sont les principaux succès de l'initiative ?

*Portée de l'initiative*

Était-elle expérimentale ou faisait-elle partie d'une politique ?

Quel était le groupe cible principal ?

- a) Ensemble de la population
- b) Groupes vulnérables
- c) Individus

Comment l'initiative était-elle administrée ?

- a) Au niveau local
- b) Au niveau national
- c) Au niveau régional
- d) À un autre niveau (préciser)

Quel était le cadre principal ?

- a) Rural
- b) Urbain
- c) Les deux

Nombre estimé de personnes ayant bénéficiées de l'initiative :

*Processus et méthodes*

Quelles méthodes ont été utilisées pour recruter ou toucher les membres du groupe cible principal ? Quelle en a été l'efficacité ?

Quels ont été les principaux obstacles à l'initiative et comment ont-ils été surmontés ?

L'initiative a-t-elle été évaluée ? Dans l'affirmative, comment ?

Y a-t-il eu des effets négatifs inattendus ?

### Principaux enseignements tirés

Quels étaient les besoins de l'initiative (ressources financières, physiques et intellectuelles) ?

À quoi a-t-elle abouti (biens, services et capacités) ?

Quels ont été les résultats (accès aux services, utilisation de ceux-ci ou satisfaction à leur égard) ?

Quels ont été les effets obtenus (sur la santé et le bien-être) ?

### Autres informations

Qui étaient les principaux acteurs de l'initiative ?

Quel était le profil de la cible principale de l'initiative ?

a) Âge :

- tous les groupes d'âge
- nourrissons (0–2 ans)
- enfants (3–12 ans)
- adolescents (13–17 ans)
- adultes (18–65 ans)
- adultes (plus de 65 ans)
- autres
- non applicable

b) Sexe :

c) Mesure de la pauvreté :

- au-dessous du seuil de pauvreté absolue national
- au-dessus du seuil de pauvreté absolue national mais pauvre
- pas pauvre mais vulnérable

d) Des groupes ayant des caractéristiques particulières :

- familles
- femmes enceintes
- enfants d'âge scolaire
- faible niveau d'instruction
- professionnels de santé
- chômeurs
- groupes ethniques
- travailleurs
- autres

e) Situation géographique :

Des groupes intermédiaires ont-ils soutenu l'initiative ?

- a) Professionnels de santé
- b) Habitants de la localité
- c) Travailleurs sociaux
- d) Enseignants
- e) Parents
- f) Autres

Quelles sont les voies de communication qui ont été utilisées pour toucher les populations ou les groupes cibles ?

Ce cas a-t-il déjà fait l'objet d'un compte rendu ? Dans l'affirmative, quand et qui a établi le compte rendu ?

# Annexe 2

## Liste des experts invités

Les experts dont la liste figure ci-après ont été invités à contribuer à cette publication et à participer à la réunion technique qui s'est tenue à Düsseldorf les 18 et 19 avril 2002.

Farman Abdullayev<sup>1</sup>

Chargé de liaison OMS, Bakou (Azerbaïdjan)

Martijntje Bakker

Conseillère, Fonds de santé publique, La Haye (Pays-Bas)

Rogério Barbosa

Agent technique, Déterminants socioéconomiques de la santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Sara Burke

Agent de développement de la santé publique, Institut de santé publique de Dublin, Irlande

Sarbani Chakraborty

Spécialiste sanitaire pour la Région Europe et Asie centrale de la Banque mondiale, Washington DC (États-Unis)

Yves Charpak

Conseiller principal, Bureau du directeur régional, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Sigrún Davídsdóttir

Journaliste et écrivain, Londres (Royaume-Uni)

Finn Diderichsen<sup>1</sup>

Département de médecine sociale de l'Institut de santé publique de l'Université de Copenhague (Danemark)

---

<sup>1</sup> N'a pas assisté à la réunion de Düsseldorf.

Rebecca Dodd

Agent technique, Unité stratégie, Bureau du directeur général, Organisation mondiale de la santé

David Dror<sup>1</sup>

Spécialiste principal d'assurance maladie, Secteur de la protection sociale, Bureau international du travail, Genève (Suisse)

Philippe Duprat

Conseiller principal, Réseau de données scientifiques sur la santé, Bureau du directeur régional, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Armin Fidler<sup>1</sup>

Directeur du secteur santé, Région Europe et Asie centrale, Banque mondiale, Washington DC (États-Unis)

Joachim Gardemann

Professeur, Programme d'études sur les actions humanitaires, Université de sciences appliquées de Münster (Allemagne)

Marina Gudushauri<sup>1</sup>

Premier vice-ministre du travail, de la santé et des affaires sociales, Ministère du travail, de la santé et des affaires sociales, Tbilissi (Géorgie)

Monika Hommes-Ruediger

Chef adjoint de division au Ministère fédéral de la santé, Bonn (Allemagne)

Ainura Ibraimova<sup>1</sup>

Vice-ministre de la santé, Ministère de la santé du Kirghizistan, Bichkek (Kirghizistan)

Abdulai Issaka-Tinorgah<sup>1</sup>

Médecin, Pauvreté et financement de la santé, Département de l'administration générale et du financement de la santé, Groupe Bases factuelles et informations à l'appui des politiques, Organisation mondiale de la santé

Alexander Kvitashvili<sup>1</sup>

Président de la Curatio International Foundation et membre de la Sous-commission de politique sociale, Ministère du travail, de la santé et des affaires sociales, Tbilissi (Géorgie)

---

<sup>1</sup> N'a pas assisté à la réunion de Düsseldorf.

## Annexe 2

---

Jacques Lebas<sup>1</sup>

Médecins du Monde, Paris (France)

Suszy Lessof

Directeur de projet, Surveillance des systèmes de santé, Observatoire européen des systèmes de santé, Bruxelles (Belgique)

Christian Luetkens

Représentant des Länder, Wiesbaden (Allemagne)

Johan Mackenbach<sup>1</sup>

Directeur du centre collaborateur de l'OMS pour la recherche sur les inégalités de santé, Département de santé publique, Université Érasme, Rotterdam (Pays-Bas)

Peter Makara<sup>1</sup>

Directeur général du Conseil de recherche sanitaire pour le développement, Genève (Suisse)

Dario Manfellotto

Docteur en médecine et journaliste scientifique, Rome (Italie)

Owen Metcalfe<sup>1</sup>

Directeur adjoint de l'Institut de santé publique, Dublin (Irlande)

Andreas Mielck

Scientifique principal, Institut d'économie de la santé et de gestion des soins, Centre national de recherche pour l'environnement et la santé, Neuherberg (Allemagne)

Piotr Mierzewski

Administrateur, Département de la santé, Direction générale III – Cohésion sociale, Conseil de l'Europe, Strasbourg (France)

Aldo Morrone

Directeur du Service de médecine préventive pour les migrations, le tourisme et la dermatologie tropicale, Institut San Gallicano d'hospitalisation et de soins à caractère scientifique, Rome (Italie)

---

<sup>1</sup> N'a pas assisté à la réunion de Düsseldorf.



Wolfgang Müller

Directeur de l'Académie de santé publique, Düsseldorf (Allemagne)

Birgit Neuhaus

Rassemblement de données sur les besoins et les interventions sanitaires,  
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Antonina Ostrowska

Professeur de sociologie et chef du Service de recherche sur les conditions de  
vie et les déterminants sociaux de la santé et directeur adjoint de l'Institut  
de philosophie et de sociologie, Académie polonaise des sciences, Varsovie  
(Pologne)

Lilia Ovcharova<sup>1</sup>

Directeur des programmes scientifiques, Institut indépendant de politique  
sociale, Ford Foundation, Moscou (Fédération de Russie)

Fred Paccaud

Directeur et président de l'Institut de médecine sociale et préventive,  
Hôpital universitaire et Faculté de médecine de l'Université de Lausanne  
(Suisse)

Johannes Siegrist

Professeur et directeur du département de sociologie médicale de l'École de  
santé publique, Université de Düsseldorf (Allemagne)

Marita Sihto

Chercheur principal, Centre national de recherche et de développement  
pour les affaires sociales et la santé, Helsinki (Finlande)

Steve Turner

Journaliste, écrivain et producteur de télévision, Londres (Royaume-Uni)

Alexander Umnyashkin<sup>1</sup>

Directeur du Département des relations extérieures, Ministère de la santé,  
Bakou (Azerbaïdjan)

---

<sup>1</sup> N'a pas assisté à la réunion de Düsseldorf.

## Annexe 2

---

Abbas Valibayov<sup>1</sup>

Vice-ministre de la santé, Ministère de la santé, Bakou (Azerbaïdjan)

Eugenio Villar Montesinos<sup>1</sup>

Coordinateur par intérim, Pauvreté et financement de la santé,  
Département de l'administration générale et du financement de la santé,  
Groupe Bases factuelles et informations à l'appui des politiques,  
Organisation mondiale de la santé

Margaret Whitehead

Titulaire de la chaire de santé publique W.H. Duncan et chef du  
Département de la santé publique de l'Université de Liverpool  
(RoyaumeUni)

Erio Ziglio

Chef du Bureau européen de l'OMS d'investissement pour la santé et le  
développement, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

---

<sup>1</sup> N'a pas assisté à la réunion de Düsseldorf.



# Annexe 3

## Modèle utilisé pour les discussions en groupe

Le modèle ci-dessous a été élaboré pour servir de base aux discussions en groupe qui ont eu lieu à Düsseldorf en Allemagne les 18 et 19 avril 2002, et il a été utilisé par l'animateur des discussions. Bien que tous les éléments présentés ici n'aient pas pu être repris dans le cadre de cette première publication, le modèle et les réponses apportées par les experts sont des jalons importants pour les travaux futurs.

### **Pertinence**

Les initiatives concernent-elles des questions pertinentes pour la santé publique en général ?

Les initiatives contribuent-elles, directement ou indirectement, à la réduction de la pauvreté ? Dans l'affirmative, comment ?

### **Reproductibilité**

L'initiative est-elle reproductible dans d'autres contextes ? Dans l'affirmative, avec quel degré de facilité ?

Certaines conditions préalables doivent-elles être explicitées ?

### **Facilité d'utilisation et adéquation**

Les études de cas sont-elles présentées de façon à être utiles aux principaux publics cibles ?

Certains aspects doivent-ils être mieux décrits ou expliqués afin d'être mieux compris ou plus utiles ?

Le style et la présentation sont-ils appropriés au public cible ? Doivent-ils être appuyés par des efforts complémentaires ?

### **Durabilité**

Ces initiatives sont-elles durables à court, moyen et long terme ?

Sont-elles bien intégrées ou peuvent-elles être bien intégrées dans les autres systèmes existant dans le pays ou la région ?

### **Mise en œuvre**

Quels sont les principaux enseignements tirés de l'initiative ?

Quel a été l'impact de l'initiative ?

### **Aspects non abordés**

Y a-t-il d'autres aspects importants de la pauvreté et de la santé, qui sont liés aux études de cas mais qui ne sont pas abordés dans le texte actuel ? (Aspects qui devraient faire l'objet de recherches supplémentaires ?)

### **Qualité des données**

Existe-t-il un compte rendu clair et transparent de la façon dont les données ont été collectées (par exemple, sources consultées, conflits d'intérêts potentiels, etc.) ?

Existe-t-il des incohérences dans les données disponibles ?

La méthodologie est-elle compatible avec les travaux actuels du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en matière de « données probantes » ?

Quelles sont les mesures à prendre pour améliorer la qualité des documents et informations existants ?

### **Point de vue institutionnel**

Les études de cas sont-elles cohérentes avec les messages institutionnels diffusés par l'OMS ou remettent-elles en question les modèles établis ?

*Il est indéniable que la pauvreté représente aujourd'hui un problème grave dans la Région européenne de l'OMS : un manque d'équité flagrant persiste en matière de santé et de bien-être, et l'écart entre les riches et les pauvres continue de se creuser dans de nombreux pays. Les systèmes de santé ont beaucoup fait et font beaucoup pour s'attaquer à ce problème complexe et difficile, mais les activités ainsi menées sont sporadiques et attirent peu l'attention. L'OMS contribue à favoriser la réalisation d'activités plus nombreuses et de meilleure qualité dans le domaine de la pauvreté et de la santé, notamment en publiant cet ouvrage, qui rassemble, analyse et diffuse des informations sur l'action directe menée par des systèmes de santé de divers pays de la Région européenne.*

*Il décrit 12 initiatives entreprises dans 10 États membres de l'OMS : l'Allemagne, la Croatie, la Fédération de Russie, la France, la Hongrie, l'Italie, le Kirghizistan, la Pologne, la République de Moldova et le Royaume-Uni. Ces initiatives sont très diverses : elles vont de réformes en profondeur, à l'échelon national, de la législation et de la prestation des soins grâce à des programmes et à des projets exécutés dans des régions, des villes et des établissements de soins à une action menée à la périphérie du système de santé sous l'impulsion d'idéalistes.*

*Cet ouvrage présente des informations recueillies par l'OMS sur la façon dont les systèmes de santé peuvent contribuer à atténuer la pauvreté, et débouche sur trois conclusions principales : ces systèmes peuvent agir efficacement pour améliorer la santé des pauvres, ils représentent parfois un obstacle de plus pour les pauvres et il est urgent de disposer de connaissances supplémentaires, de mener plus d'actions de formation et de renforcer les capacités dans ce domaine. Il faut espérer que les informations présentées dans ce livre contribueront aux efforts que l'OMS accomplit pour aider les pays de l'Europe tout entière à améliorer la santé et à accroître l'équité en luttant contre la pauvreté et ses effets sur la santé.*

40 F. suisses

ISBN 92 890 2369 4

Organisation mondiale de la santé

Bureau régional de l'Europe

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Tél. : +45 39 17 17 17. Fax : +45 39 17 18 18. Mél. : [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)

Site Web : [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)