



LA JOURNÉE SCIENTIFIQUE

De la **santé humanitaire** et **solidaire**

04 AVR 2024

09-18h

AUDITORIUM DU MONDE

67-69 AVENUE PIERRE MENDÈS-FRANCE

75013 PARIS



FONDATION
MÉDECINS DU MONDE

Début de la journée scientifique

9 heures 55

INTRODUCTION

**Dr Florence RIGAL,
Présidente de Médecins du Monde**

Bonjour à tous, je vous souhaite la bienvenue à cette neuvième journée scientifique de la santé humanitaire et solidaire. Cette journée a été construite avec la Fondation Médecins du Monde, que nous remercions.

Tout au long de la journée, les intervenants présenteront leurs travaux et les résultats de leurs études. Ils s'attacheront particulièrement à formuler des suggestions et des recommandations qui auront vocation à améliorer et renforcer les stratégies d'intervention. Cette année, nous interrogerons l'intervention pour et avec les populations précarisées, en se posant la question suivante : comment comprendre, agir et transformer ?

REGARDS CROISÉS SUR LES POLITIQUES DE COUVERTURE SOCIALE ET DE SANTÉ FACE AUX INÉGALITÉS

**TABLE RONDE ANIMÉE PAR MATTHIAS
THIBEAUD, RÉFÉRENT PLAIDOYER « ACCÈS
AUX DROITS SANTÉ », MDM**

En France, l'aide médicale d'Etat (AME) fait l'objet d'une stigmatisation récurrente. Dans ce contexte, plus que jamais, nous avons besoin de données, de constats étayés et de connaissances scientifiques pour guider l'action publique et agir en faveur d'un meilleur accès aux soins.

**AGNÈS GILLINO, COORDINATRICE
GÉNÉRALE NICE, MDM**

**24 ans après la réforme de l'Aide Médicale
de l'État, où en est-on ? La vraie vie d'un
potentiel bénéficiaire de l'AME.**

Depuis la mise en place de l'AME en 2000, plusieurs réformes se sont succédé. La manière d'évaluer la stabilité de la résidence sur le territoire français a beaucoup évolué. Il est devenu de plus en plus difficile d'accéder à l'AME et le panier de soins a été restreint.

Toutes ces évolutions du droit se sont accompagnées d'évolutions des pratiques. En théorie, au lancement du dispositif, une attestation sur l'honneur suffisait pour justifier de sa résidence. Dans les faits, le dispositif était mal connu des potentiels bénéficiaires, mais aussi des caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM), qui refusaient souvent d'instruire les dossiers. Les pratiques n'étaient pas harmonisées entre les caisses et ces dernières formulaient des demandes abusives de pièces. Actuellement, les seules preuves de présence acceptées sont en lien avec le domicile des personnes. De plus, il n'y a souvent pas de preuve de dépôt des pièces auprès des CPAM, ce qui empêche les recours. Le principe déclaratif de l'adresse n'est pas respecté.

A ces difficultés administratives s'ajoutent, depuis le COVID-19, la fermeture des guichets des CPAM et la numérisation intensive des services publics. D'autant plus que, d'après une étude, 38% des appels à la CPAM n'aboutissent pas.

Si, depuis 2000, la méconnaissance du droit et des structures a diminué, les difficultés administratives ont augmenté. De plus, les bénéficiaires de l'AME n'étant pas des assurés sociaux, ils ne disposent pas d'une carte vitale, et ne peuvent pas ouvrir de compte AMELI, ce qui entraîne des refus de soin. De plus, l'obligation de dépôt des pièces au guichet oblige ces personnes à s'absenter et à risquer de perdre leur travail. En tout, les renoncements aux soins concernent 65% des personnes rencontrées par Médecins du Monde.

En conclusion, l'AME est un dispositif fragile, et régulièrement fragilisé par les pouvoirs législatifs et administratifs. Ce dispositif, qui représente pourtant moins de 0,5% du budget de la Sécurité sociale, est régulièrement remis en question.

L'AME est une universalité ratée, mais sa mise en place, en 2000, a marqué une volonté politique de n'exclure personne de l'accès aux soins. Si ce droit est garanti pour les plus exclus. Par voie de conséquence, il le sera pour la société entière.

ANTOINE MARSAUDON, CHARGÉ DE RECHERCHE, INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Aux frontières de l'État Providence : rôle, coûts et résultats de l'Aide Médicale de l'État.

Aujourd'hui, le coût de l'AME est souvent qualifié de « milliard le plus scruté de l'Assurance Maladie », ce qui représente 0,45% des dépenses de santé en France. Faire des économies sur l'AME ne permettrait donc pas de baisser drastiquement les coûts. De plus, tous les bénéficiaires de l'AME ne consomment pas de soins.

Nous nous sommes interrogés sur les déterminants du non-recours à l'AME. Nous avons également cherché à savoir si les bénéficiaires du dispositif avaient un recours différent aux soins de ceux qui n'en bénéficient pas.

Ce travail de recherche a été financé par l'agence nationale de recherche (ANR). La consigne donnée était de constituer un échantillon représentatif de la population étrangère en situation irrégulière. Or, il est difficile d'interroger directement cette population. La méthodologie retenue a été de passer par des lieux qui accueillent des populations précaires. L'enquête a été réalisée à Paris et à Bordeaux, auprès de 63 structures qui accueilleraient au moins 20 personnes en situation irrégulière par semaine. Seuls 30% de ces structures étaient des lieux de soins.

De cette étude, il ressort que cette population est constituée majoritairement d'hommes, venant d'Afrique, qui résident en France depuis plusieurs années. La prévalence des problèmes de santé est plus grave pour ces personnes que dans la population générale.

Concernant les raisons du non-recours à l'AME, il ressort que la cause principale correspond à la durée du séjour en France. Dans les faits,

les variables de santé n'étaient pas significatives dans les raisons du non-recours à l'AME. Ce ne sont pas les personnes les plus malades qui recourent le plus à cette aide, mais celles qui sont présentes en France depuis plus longtemps.

Sur le plan des usages, plus les personnes étaient couvertes depuis longtemps, plus elles consultaient dans des cabinets médicaux. Elles avaient alors moins recours à des dispositifs d'urgence. D'après les données de l'enquête, il est donc possible de conclure que l'accès au système de santé s'améliore pour les personnes couvertes par l'AME.

VALÉRY RIDDE, DIRECTEUR DE RECHERCHE, CENTRE POPULATION ET DÉVELOPPEMENT / INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT / UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

La départementalisation des mutuelles de santé au Sénégal : une des pistes pour la Couverture Sanitaire Universelle.

En 2013, le gouvernement sénégalais a décidé de mettre en place un programme de mutuelles de santé communautaires à l'échelle des villages. L'un des principaux défis de ce programme était la capacité à payer des populations. Pour cette raison, l'Etat sénégalais a décidé de subventionner les adhésions à hauteur de 50%, soit 3.500 francs CFA. De plus, le programme prévoyait la prise en charge totale des adhésions pour les plus démunis.

Cependant, après 10 ans, il apparaît que ce programme a été un échec. En effet, les enquêtes nationales montrent qu'à peine 2,5% des villageois ont adhéré aux mutuelles de santé.

En parallèle, en 2014, la coopération technique belge (CTB) a décidé d'appuyer un modèle de mutuelle départementale, dans deux départements pilotes. Des gestionnaires de mutuelle professionnels ont été recrutés et formés. Cette expérimentation a fait l'objet d'un processus de capitalisation, qui a permis de produire des résultats de recherche. La professionnalisation de ces mutuelles leur a permis de perdurer après l'arrêt du soutien de la CTB.

Dans les deux départements tests, le taux de

pénétration des mutuelles s'élève à plus de 80%, ce qui est une réussite. De plus, le coût de fonctionnement restait en dessous des 20% préconisés. Il n'existe pas encore de données sur le taux de satisfaction des adhérents, mais le renouvellement des cotisations témoigne d'une satisfaction et d'une confiance des adhérents.

La volonté actuelle du gouvernement sénégalais est d'abandonner la solution des mutuelles locales, afin de généraliser les mutuelles départementales à l'échelle nationale. Ce processus rencontre néanmoins des résistances à l'échelle locale, de la part des présidents de mutuelles communales. Toutefois, il n'existe pas encore de données quantitatives pour prouver l'efficacité des mutuelles départementales et des études ont été lancées.

Enfin, les bénéficiaires du programme national de bourse de sécurité familiale sont adhérents d'office aux mutuelles de santé. Cependant, comme pour l'AME, la majorité ne sait pas qu'elle peut en bénéficier. Le financement d'un programme de recherche est en cours, afin d'expérimenter un processus de navigation en santé. Des agents de santé communautaires accompagneront les bénéficiaires des bourses à l'échelle des villages.

RENFORCER LA CAPACITÉ D'AGIR DES PERSONNES : ENJEUX ET DÉFIS

TABLE RONDE ANIMÉE PAR PAULINE BIGNON, RÉFÉRENTE EMPOWERMENT ET SANTÉ COMMUNAUTAIRE, MDM

Médecins du Monde, comme le milieu humanitaire et associatif, est fortement traversé, depuis plusieurs années, par la question de la participation des personnes concernées par les programmes d'actions. Cette question est au cœur du projet associatif, car cette participation permet de mieux cibler les publics et favorise l'acceptation et la pérennité des actions.

La participation des personnes concernées

invite à renverser le paradigme. Ce changement de perspective permet de passer de sujets de recherche, à des personnes actrices, qui disposent parfois de ressources propres, inaccessibles aux scientifiques.

CHARLOTTE DE THOURY, CHARGÉE DE PROJET DU PROGRAMME DE MÉDIATION EN SANTÉ À MAYOTTE, MDM

Cartographie participative et projet collectif pour créer une dynamique de santé communautaire dans un bidonville de Mayotte.

Mayotte est un territoire dérogatoire, pour le droit, mais aussi pour l'accès à la santé. À Mayotte, les personnes ne disposant pas d'un titre de séjour doivent payer pour consulter. Il s'agit également du seul territoire français où il est possible de contrôler l'identité partout, y compris autour des centres de santé. La politique sécuritaire y favorise le renoncement aux soins.

Le projet de cartographie participative a été initié en 2021, avec l'association CART'ONG. Ce projet vise à objectiver le territoire d'intervention de Médecins du Monde, à mobiliser les communautés locales et à mettre en valeur leur expertise. La cartographie participative donne aux habitants les moyens d'être acteurs de la production d'informations, tout en palliant un déficit d'informations, afin de mettre en œuvre des interventions plus adaptées aux besoins de la population.

Ce travail a commencé par une phase de sensibilisation, sous la forme de maraudes destinées à informer les populations de l'arrivée de Médecins du Monde et du projet de cartographie. Des groupes de discussion ont été organisés pour recenser les besoins de la population. La seconde phase du projet concernait la collecte des données. Elle a été réalisée à l'aide de l'application OsmAnd. Ces données ont ensuite été traitées par CART'ONG. Elles ont permis de produire 12 cartes thématiques, qui ont mis en lumière les besoins de la population.

A la suite de ce diagnostic, les cartes ont été restituées auprès des habitants et Médecins du Monde les a accompagnés pour choisir et

porter deux projets. A Longoni, un projet de vente et de transport d'eau potable a été retenu. A Dzoumogné, les habitants ont voté en faveur d'un projet d'aménagement du quartier, qui visait à construire un Faré, un lieu de rencontre consacré notamment à l'alphabétisation.

Pour ces deux projets, Médecins du Monde a réussi à mobiliser des acteurs locaux, ainsi que des spécialistes, à travers des comités de pilotages. Ces comités se sont réunis chaque semaine. La participation était particulièrement forte au moment des votes et de la restitution des projets, mais fluctuait pendant les réunions hebdomadaires. Cette variation de la fréquentation s'expliquait notamment par les interpellations de la police aux frontières, par la pluie et par les conditions d'accessibilité du quartier.

Un an après les deux projets, les référents et référentes parmi les habitants évoquent une amélioration de leur capacité d'action, au niveau individuel et collectif. Ils témoignent d'une amélioration concrète du vivre ensemble dans ces quartiers.

EMILIE LABEYRIE, PSYCHOLOGUE CLINICIENNE

Étude interventionnelle évaluant l'impact d'une psychothérapie brève par Narrative Exposure Therapy (NET) sur la réduction des symptômes de trouble de stress-post-traumatique chez les femmes réfugiées et demandeuses d'asile du programme SINDIANE à Marseille.

Le programme SINDIANE est un projet d'auto-support et d'empowerment juridique, psychique et de santé communautaire porté par quatre femmes. Il cible spécifiquement les femmes et les personnes LGBTQIA+. L'accent est mis sur la nécessité d'une politique de prévention et d'information communautaire, adaptée à une communauté concernée par des stress post-traumatiques et par des problématiques de santé sexuelle.

La santé communautaire est une approche de soin qui reconnaît la spécificité des publics ciblés par les interventions. Un soutien psychosocial est mis en place dans des lieux

sûrs. Les rencontres mettent en avant des interactions sociales positives, qui favorisent l'inclusion sociale et reconnaissent les compétences, les connaissances et les ressources des personnes concernées. La démarche d'empowerment cherche à donner à ces publics les moyens de prendre en charge leur santé, y compris mentale.

La première étape consistait à identifier de possibles actions participatives, à l'aide d'un photovoix. Ce dispositif proposait aux personnes bénéficiaires de prendre des photographies, afin d'approfondir la compréhension de la communauté et de ses préoccupations, dans l'optique d'un diagnostic communautaire. La finalité était de mettre en place des solutions permettant un réel changement social.

La seconde étape a pris la forme d'une étude participative au sein de la faculté de la Timone, à Marseille, qui portait sur un nouvel outil de psycho-trauma. L'objet de cette recherche était de montrer l'efficacité de la narrative exposure therapy (NET).

Cette technique de psychothérapie brève agit au niveau individuel. Elle encourage le récit du traumatisme afin de réduire les symptômes. Son objectif, du point de vue politique et social, est également de mettre en avant la reconnaissance du préjudice subi, à travers la rédaction d'un document qui peut être utilisé pendant la procédure d'asile. Les concepteurs de cette thérapie préconisent 8 à 12 séances de 120 minutes, mais des résultats sont visibles à partir de 4 séances. Elle peut être pratiquée dans des environnements précaires, par des non-soignants appartenant à la population ciblée, après une formation.

Les résultats de l'étude permettent d'alimenter une réflexion sur les limites des interventions des médiatrices pairs, sur leur professionnalisation et sur le soutien qu'il est possible de leur apporter afin de renforcer leur légitimité.

MARIE THIBAUD, FONDATRICE DU COLLECTIF STOP AUX CANCERS DE NOS ENFANTS, SECRÉTAIRE DE L'ICREPS

Science participative : Comment un collectif de parents engagés au sein de Stop aux Cancers de nos Enfants crée l'ICRePSE (Institut Citoyen de Recherche et de Prévention en Santé Environnementale).

Le collectif Stop aux Cancers de nos Enfants a été créé pour comprendre les raisons d'une accumulation de cas de cancers d'enfants au CHU de Nantes, observée à partir de 2015. Ce collectif a permis de lancer des analyses environnementales dans la région. Il participe également à des actions de sensibilisation, et il a débouché sur la création de l'Institut Citoyen de Recherche et de Prévention en Santé Environnementale (ICRePSE).

En 2024, seuls 19 départements sont dotés de registres des cancers. Par ailleurs, ces registres se limitent à enregistrer des chiffres, avec plusieurs années de retard. Ils ne permettent pas d'établir une cartographie. Néanmoins, les données recueillies par le collectif ont bien fait apparaître une concentration de cancers d'enfants dans la région de Nantes.

En 2017, Santé Publique France (SPF) a été saisie à la suite de cette alerte. En 2018, les conclusions de l'enquête ont confirmé l'existence d'un agrégat de cas (cluster). Le rapport pointe quatre facteurs de risques environnementaux, à savoir les hydrocarbures, le benzène, le radon et les pesticides. A la suite de la clôture de l'enquête, le collectif s'est constitué en 2019, pour porter une pression citoyenne auprès de SPF. En novembre 2019, une seconde enquête a conclu à l'existence d'un agrégat de cancers pédiatriques, sans cause commune. De nouveau, l'enquête a été clôturée sans donner lieu à des recherches.

En 2020, Santé Publique France a redéfini le périmètre spatio-temporel de prise en compte des cancers d'enfants. A la suite de cette annonce, le collectif a estimé qu'il ne pourrait pas s'appuyer sur le soutien des autorités sanitaires. Il considère que la méthodologie employée par les autorités n'est pas adaptée et qu'il est nécessaire de développer la connaissance scientifique en matière d'environnement et de santé. Cette ambition a entraîné la création de l'ICRePSE. L'institut

travaille notamment sur l'effet « cocktail », à savoir l'articulation entre les facteurs de risques, souvent considérés de manière isolée.

Les missions de l'institut sont de comprendre la problématique de santé et de prioriser les études scientifiques, pour permettre aux décideurs politiques de disposer d'informations pertinentes pour améliorer la situation sanitaire et environnementale. La gouvernance de l'institut implique des citoyens et des scientifiques au sein de son conseil d'administration. L'institut dispose également d'un conseil scientifique autonome, ainsi que d'un conseil citoyen, destiné à leur permettre de s'engager pour une science participative.

CONSTRUCTIONS POLITIQUES ET INSTITUTIONNELLES DES STIGMATISATIONS SOCIALES EN FRANCE : REGARDS HISTORIQUES, CONSTATS ACTUELS ET MOYENS POUR LES COMBATTRE

CONFÉRENCE-DÉBAT ANIMÉE PAR JEAN-FRANÇOIS CORTY, MÉDECIN, VICE-PRÉSIDENT DE MDM

En France, Médecins du Monde observe depuis plusieurs années le détricotage progressif des filets sociaux, ainsi qu'une remise en question de la solidarité à travers les politiques publiques. L'association observe une augmentation des inégalités, accompagnée par une stigmatisation des populations précaires. Lors du récent débat sur la loi Asile et Immigration, la figure du migrant comme bouc émissaire a été réactivée. Comment expliquer cette mise au ban de populations précaires, alors qu'il est documenté que, plus

les inégalités sont importantes, plus l'état global d'une société sera mauvais ?

En convoquant l'histoire et en interrogeant le rapport entre le pouvoir politique et le travail des chercheurs, il s'agira d'interroger notre capacité à défendre un projet de société, où les politiques se fondent sur les droits de l'homme, et où chacun trouve sa place dans un consensus démocratique.

PATRICK BOUCHERON, PROFESSEUR AU COLLÈGE DE FRANCE SUR LA CHAIRE « HISTOIRE DES POUVOIRS EN EUROPE OCCIDENTALE, XIII^E-XVII^E SIÈCLE »

La théorie du bouc émissaire n'a jamais été anthropologiquement définie ou prouvée, mais a le mérite de donner un visage à notre hantise. Cette notion considère qu'en cas de difficulté, il sera toujours possible de trouver quelqu'un de faible à qui imputer sa propre culpabilité.

Les exigences méthodologiques des sciences sociales amèneraient plutôt à considérer cette figure comme une construction politique et institutionnelle des stigmatisations. Il n'est pas question de dire que nous avons des boucs émissaires parce que nous ne sommes pas assez modernes. C'est justement parce que nous sommes modernes que nous stigmatisons les étrangers. Il y a une spécificité contemporaine dans notre manière de construire l'inhospitalité.

Je ne souhaite pas m'exprimer en tant qu'historien, mais en tant que citoyen. En effet, les chercheurs se trouvent dans une position singulière. En pratique, nous sommes libres et financés pour mener nos recherches. La contrepartie, non dite, est qu'aucune considération ne sera portée au savoir produit par les sciences sociales. Il y a, aujourd'hui, une rupture totale entre la décision politique et ceux qui pourraient l'éclairer. Nous savons ce qui devrait être fait, nous sommes payés pour le documenter, mais il nous est dit, avec sourire et franchise, que ce travail ne sera pas pris en compte. Pour ne pas se laisser enfermer dans une fonction tribunitienne, il faut alors trouver des relais, comme le monde associatif, la société civile ou les professionnels de santé. Cependant, plus ces relais sont éloignés du

pouvoir, plus leur efficacité s'affaiblit et finit par s'épuiser.

Si être historienne ou historien consiste à comprendre en quoi aujourd'hui diffère d'hier, alors il ne faut pas tout ramener au passé, mais accuser l'écart et rendre compte de la différence. Cette méthode peut avoir un aspect accusatoire, dans la mesure où le système des stigmatisations sociales que nous étudions n'est pas une machine sans machiniste.

Enfin, je pense qu'il faut cesser de considérer que nous sommes devant une catastrophe qui arrive, car, d'une certaine manière, elle est déjà arrivée. Sur le plan de la stigmatisation des étrangers, ce que l'on craignait est déjà arrivé le 19 décembre 2023, lors du vote de la loi Asile et Immigration. Si, à l'avenir, les historiennes et historiens ont besoin d'une date pivot, ils pourront citer le 19 décembre 2023.

MARIE-CAROLINE SAGLIO-YATZIMIRSKY, DIRECTRICE DE L'INSTITUT CONVERGENCES MIGRATIONS, CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

J'aurais une analyse différente à propos de la loi Asile et Immigration. Cette loi a profondément détérioré la qualité du débat et montré le décalage total du Sénat par rapport à la population. Cependant, le décalage entre le discours politique et la réalité du terrain fait que je ne pense pas que ce projet de loi ait signifié une catastrophe. Cette dernière était probablement beaucoup plus latente, présente dans la perversion totale des discours. Je pense que, quelque part, cette loi a très fortement secoué l'arène politique. Elle a eu le mérite de faire apparaître un retour du droit, lors de sa censure par le Conseil Constitutionnel.

L'histoire et la recherche sur les questions migratoires montrent que la figure du migrant est construite, aujourd'hui, comme une figure de bouc émissaire. Cette figure a considérablement évolué au cours de l'histoire, car elle est très tributaire des contextes politiques. Depuis les années 1980, l'accueil est devenu plus restrictif. Nous sommes arrivés aujourd'hui à l'ère du soupçon.

La question ukrainienne a été très intéressante pour dénoncer la construction politique de l'accueil. En effet, l'accueil des réfugiés ukrainiens a mis en évidence la possibilité d'une capacité d'accueil, mais aussi d'une volonté de la part de l'État. Des obstacles ont été levés pour accueillir des populations, ce qui interroge sur les raisons de notre incapacité à accueillir les autres. Cette expérience nous amène à repenser les constructions politiques institutionnelles.

Il y a effectivement un côté désespérant à produire des savoirs qui, au final, ne servent pas la décision publique. En effet, un enjeu de la recherche est de nourrir le débat, notamment avec les décideurs. Il reste néanmoins primordial de produire une recherche la plus dépassionnée possible, qui servira de levier à des actions. La recherche peut être utile, si elle travaille main dans la main avec les autres acteurs et reste présente sur le terrain. Sinon, elle n'a aucun poids.

Selon moi, s'il fallait désigner une catastrophe, elle se situerait plutôt au niveau du pacte européen. Ce texte représente un changement complet de paradigme. Il signe le passage d'une logique de tri des réfugiés à une logique de retranchement d'une Europe devenue une forteresse, qui externalise au maximum au-delà de ses frontières. Or, il y a un lien mécanique entre la rigidification des frontières et l'augmentation du nombre de morts.

Nous sommes embarqués dans une logique complètement hors-sol, car totalement contraire à la réalité de la question migratoire depuis des millénaires. Cet enfermement généralisé, qui est devenu un paradigme, rend compte d'une volonté d'une Europe qui ne veut plus de migrant.

La criminalisation des associations, accusées d'être complices des passeurs, a été un outil majeur pour limiter leur action sur le terrain. Depuis longtemps, les entorses au droit sont devenues systématiques sur la question migratoire. Les logiques de criminalisation, de militarisation des frontières et d'entorses au droit sont des outils employés par les pouvoirs publics. Lorsque la gendarmerie nationale coule des embarcations, elle prend le risque

de causer directement la mort des personnes. Je pense que nous sommes arrivés à un extrême, heureusement dénoncé.

CÉCILE RIOU, SECRÉTAIRE GÉNÉRALE ADJOINTE DE LA COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) a été créée en 1947, par René Cassin. Elle a un mandat très large en matière de respect des droits de l'homme et du droit international humanitaire. Ses trois principales missions sont de conseiller les pouvoirs publics en matière de respect, promotion et mise en œuvre des droits de l'Homme, de contrôler la mise en œuvre des engagements de la France par le gouvernement, et d'éduquer la population sur les droits humains.

Notre méthode de travail vise à interpeller ou à faire comprendre au gouvernement, mais aussi aux administrations, qu'il est important de replacer les droits de l'homme au cœur de l'action publique. Cela n'est pas seulement un impératif moral et juridique. Il s'agit également d'un gage d'efficacité des politiques publiques. À ce titre, la commission adopte une approche fondée sur les droits de l'Homme, développée aux Nations Unies à la fin des années 1980.

La participation et la responsabilité sont les deux piliers de l'approche fondée sur les droits de l'Homme. L'idée de faire reposer l'action publique sur la participation des personnes directement concernées est un gage d'efficacité. Ce principe de participation est exigeant, car il ne suffit pas de consulter les populations, puis de faire valoir des difficultés logistiques pour ne pas prendre en compte leur parole. La concertation doit s'inscrire dans le temps et être initiée en amont des projets de politiques publiques, pour que les destinataires soient réellement associés au processus de décision.

Il est souvent reproché à la démarche participative d'entrer en concurrence avec la démocratie représentative. Toutefois, cette démarche n'impose pas la prise en compte des résultats de la concertation. Elle impose seulement de prendre connaissance de ces

résultats et de justifier les éventuelles différences avec les décisions finalement prises. A ce titre, la responsabilité est l'idée que les pouvoirs publics doivent justifier leurs arbitrages et, surtout, évaluer leurs politiques. Cette évaluation doit reposer sur des indicateurs précis, connus de tous, et qui intègrent la dimension des droits de l'Homme.

Je pense que nous arrivons à nous faire entendre des décideurs politiques, même si cela n'est pas facile et prend énormément de temps. Depuis 20 ans, j'ai constaté que des recommandations que nous avons portées avaient finalement abouti et infusé dans les administrations publiques. Néanmoins, cela dépend des domaines. Par exemple, les dispositifs mis en place pour lutter contre le racisme sont beaucoup plus coconstruits qu'auparavant. Cependant, nous ne sommes jamais entendus au sujet des politiques migratoires.

DÉMARCHES INNOVANTES AU SERVICE DES POPULATIONS ÉLOIGNÉES DES SYSTÈMES DE SANTÉ

**TABLE RONDE ANIMÉE PAR JUAN DIEGO
POVEDA AVILA, RÉFÉRENT SCIENCES
SOCIALES, MDM**

Des efforts ont été constatés, depuis des années, de la part des associations, des scientifiques et des citoyens, pour réduire les difficultés d'accès aux soins. Pourtant de grands écarts d'accès aux soins persistent. Cela nous amène à nous demander comment faire différemment, mais, surtout, comment faire mieux. A ce titre, nous devons considérer la question de l'innovation.

**BRIDGET DRAPER, SENIOR RESEARCH
OFFICER, BURNET INSTITUTE, ANNIE**

**MADDEN, PROJECT LEAD, INTERNATIONAL
NETWORK OF PEOPLE WHO USE DRUGS
(INPUD)**

Catalyze uptake of under-utilised tools & treatment simplification (CUTTS) for Hepatitis C Project: Designing and evaluating community-informed HCV prevention and treatment interventions.

Le projet Catalyze uptake of under-utilised tools & treatment simplification (CUTTS) est mené dans trois pays, en Arménie, Géorgie et Tanzanie, depuis janvier 2023. La recherche menée dans le cadre de ce projet est centrée sur les besoins des communautés concernées. Trois études viseront à produire des données sur l'efficacité, le coût et l'acceptabilité par les communautés concernées des outils de prévention.

La première étude se concentrera sur les coûts associés aux tests et sur la complexité du parcours de soins, qui constituent la principale barrière d'accès aux soins. La seconde étude concernera les seringues à faible rétention, utilisées pour réduire les risques de transmission.

La troisième étude portera sur l'efficacité de la buprénorphine en Tanzanie, un médicament de désintoxication aux opioïdes. Dans un premier temps, l'étude portera sur la faisabilité d'une introduction pérenne de la buprénorphine dans un nouveau milieu. Des essais seront ensuite réalisés auprès de participants volontaires, afin d'étudier le taux d'efficacité, de satisfaction et de rétention du produit.

L'International Network of People Who Use Drugs (INPUD) a adopté une approche centrée sur les valeurs et les préférences des communautés. Cette méthode est souvent interrogée, dans la mesure où des recherches l'ont déjà étudiée auprès des usagers de drogues. La réponse traditionnelle à cette interrogation considère que chaque contexte est différent et que les interventions doivent systématiquement être adaptées. S'il est possible de dire que les seringues à faible rétention ont apporté des effets bénéfiques

depuis 2012, elles sont encore peu utilisées dans certains pays. Nous pensons que cela s'explique par un manque de concertation avec les usagers de drogues. De plus, souvent, malgré des concertations, les préconisations de ces communautés n'ont pas été implémentées.

Nous pensons que ce travail est important, car il peut nous aider à comprendre les difficultés liées aux contextes. De plus, ce type de recherche met en avant la capacité d'action des communautés. Cette approche donne la possibilité à des communautés, souvent criminalisées, de s'exprimer. De plus, elle favorise l'adoption des solutions.

La méthodologie de l'approche centrée sur les valeurs et les préférences des communautés s'articule en trois phases. La première fera intervenir des groupes de discussion (focus group), composés d'usagers de drogues. Ces discussions permettront d'évaluer clairement leurs préférences entre les différents types de seringues et de sensibiliser sur les seringues à faible rétention. Ces groupes seront animés par des soutiens de cette communauté. Pendant la seconde phase, les participants seront autorisés à utiliser des seringues à faible rétention dans le cadre d'un Neighborhood Stabilization Program (NSP). Après huit semaines, de nouveaux groupes de discussion seront organisés, afin de confirmer quels produits intégreront une troisième phase de distribution. Cette troisième phase s'intéressera particulièrement à l'usage sur la durée des solutions proposées, afin de comprendre les barrières à leur adoption.

En conclusion, ces recherches soulignent l'importance de mobiliser les expertises locales afin de comprendre, avant de vouloir transformer.

MÉLANIE TARABBO, RESPONSABLE MÉDICALE OPÉRATIONNELLE, ALIMA

La CUBE : Chambre d'urgence biosécurisée pour épidémies

En 2014, une épidémie sans précédent de la maladie à virus Ebola a fait plus de 11.000 morts en Afrique de l'Ouest. Les méthodes

d'intervention n'étaient pas adaptées à l'ampleur de cette épidémie, ce qui a provoqué une rupture de confiance. Le modèle classique des centres de traitement (CTE) consistait à monter de grands hôpitaux, mis en place en 30 jours, pour plus d'un million de dollars. Les malades étaient regroupés dans des structures éloignées de leur lieu d'habitation. Surtout, les patients étaient isolés, mais finalement peu soignés.

Face à ce constat, nous avons souhaité réfléchir à un nouveau modèle. Notre objectif était de développer un équipement léger et modulable, qui puisse être déployé au plus proche des communautés.

Lors d'une première phase de conception et de recherche, la consultation des partenaires de terrain et des populations a été un point central de la démarche d'innovation. Nous avons également étudié les organisations mises en place dans d'autres pays.

La seconde phase du projet a concerné le développement et la mise en œuvre de la chambre d'urgence biosécurisée pour épidémies (CUBE). Elle s'est conclue par la production et le test de premiers prototypes. Ces essais ont été menés en conditions réelles. Ils ont permis d'évaluer la faisabilité du dispositif, d'améliorer l'outil et de former les personnels. Enfin, nous avons instauré un processus qui nous permet de recueillir les retours des patients et des soignants, dans une optique d'amélioration continue de l'outil.

Le dispositif CUBE prend la forme d'une chambre individuelle aux parois transparentes tenues par des matériaux solides. A l'intérieur de la chambre, la pression est négative. Elle se fonde sur une structure en inox facilement déployable et démontable. La paroi intensive permet, à l'aide d'une demi-combinaison, de prodiguer des soins aux patients depuis l'extérieur. La chambre peut être transportée dans trois malles, par hélicoptère, jusque dans les zones les plus reculées. Elle peut être déployée en deux minutes et peut être réutilisée. Enfin, cet outil permet une réduction de 75% du coût d'intervention.

La CUBE offre la possibilité de monitorer les patients en continu, à l'aide d'appareils

biomédicaux Bluetooth ou filaires, ce qui a constitué une augmentation drastique de la qualité des soins conférés aux patients. De plus, le dispositif a permis de mettre en place des essais cliniques qui ont identifié des médicaments efficaces contre Ebola. Enfin, ces structures permettent de ne pas rompre la proximité avec la famille, ce qui favorise l'acceptation des interventions par les populations.

En conclusion, cet outil a contribué, avec d'autres innovations, à la baisse de la mortalité. Surtout, il a permis de changer le rapport entre les proches et les patients. Tous ces éléments ont contribué à l'évolution des stratégies d'intervention, pour les rapprocher des lieux d'épidémie.

SOFIA PAYOTTE, CHERCHEUSE EN PSYCHOLOGIE SOCIALE

StimNut : Une approche communautaire innovante de la stimulation psychosociale pour les enfants sévèrement malnutris dans une zone rurale du Mali

Le projet de stimulation psychosociale par nutrition (StimNut) s'est déroulé dans une ville rurale du Mali. Il visait l'amélioration de la prise en charge des enfants atteints de malnutrition sévère. Ce projet est parti du constat, fait par le ministère de la santé malien, que les enfants en situation de malnutrition accusaient un retard physique, mais aussi des défaillances du développement émotionnel, en raison de leur isolement et de la rupture de lien avec les parents. Face à ce problème, le Ministère de la Santé malien a préconisé d'intégrer une stimulation psychosociale, pendant et après la réhabilitation. Toutefois, l'application de cette recommandation était difficile à mettre en œuvre pour les structures de santé, ce qui a mené au projet StimNut.

Nous nous sommes fondés sur le protocole FUSAM, développé par Action contre la faim, qui explique comment mettre en place cinq séances de stimulation psychosociale. Chaque séance est associée à un objectif et une thématique précise. Le défi de StimNut était d'adapter le protocole FUSAM au contexte malien et d'étudier sa faisabilité et son acceptabilité.

Dans un premier temps, sept ateliers de travail collaboratifs ont été réunis pour réfléchir aux manières d'améliorer la prise en charge des enfants et d'adapter le protocole FUSAM.

Ces ateliers nous ont permis d'identifier des barrières qui empêchent ou rendent difficile l'accès aux soins. Il apparaît que le premier recours est souvent l'automédication. Si les symptômes persistent, les accompagnantes se tournent d'abord vers des guérisseurs ou des tradi-thérapeutes. D'autres types de barrières concernent le manque d'équipements ou le manque de moyens. Enfin, recourir à un centre de santé, puis à un traitement, nécessite de négocier avec le chef de concession ou avec le mari.

Les groupes de travail ont proposé de prendre en compte les totems des familles. Ils ont également formulé des recommandations pour impliquer davantage les hommes. Ils ont mis l'accent sur le fait qu'il fallait accorder une attention spécifique au bien-être des femmes. Les participants aux ateliers ont donc proposé des recommandations pour améliorer l'accompagnement des enfants, mais aussi celui de leurs accompagnantes.

Dans le cadre du programme, nous avons constaté des changements au niveau des comportements et des perceptions, ainsi qu'une amélioration des relations interpersonnelles. La mise en œuvre de StimNut a valorisé les activités et les rôles déjà existants des agents de santé et des accompagnantes. Nous avons également constaté un renforcement des liens entre les enfants et leurs entourages, en particulier masculins.

Lors de nos interventions, nous sommes en interaction avec des normes sociales et des rapports de domination. Cela nous renvoie à un choix continu entre une posture universaliste et une posture de relativisme culturel. Dans le cadre de StimNut, la posture universaliste s'est traduite par le soutien à l'empowerment des femmes. En parallèle, la posture de relativisme a conduit à respecter l'ordre social existant. Cet équilibre entre les deux postures n'aurait pas été possible sans la démarche participative et sans la parité entre les femmes et les hommes.



CONCLUSION

CATHERINE GIBOIN, PRÉSIDENTE DE LA FONDATION MÉDECINS DU MONDE

Je souhaite remercier les intervenants, les organisateurs, l'équipe technique, le journal Le Monde pour son accueil, ainsi que les participantes et participants restés nombreux jusqu'au bout.

Le temps d'échanges sur l'intervention pour et avec les populations en situation de précarité s'est révélé particulièrement intéressant. D'un côté, il y a consensus sur le fait que la participation des bénéficiaires est fondamentale à la qualité des projets. De l'autre, une partie de la discussion a porté sur notre capacité réelle à influencer les politiques publiques. Au-delà de la vision pessimiste, qui dresse le constat d'une surdité des pouvoirs publics, je pense qu'il est nécessaire d'enrichir et de modifier nos savoirs. En effet, ces savoirs, revus grâce à la participation des bénéficiaires, deviennent plus convaincants.

En conclusion, la question principale me semble être de déterminer comment construire, disséminer et s'appropriier ces savoirs revus et enrichis. Je pense que nous devons continuer à travailler et que nous pouvons influencer les politiques publiques.

Fin de la journée scientifique
17 heures 15.





SOIGNE AUSSI L'INJUSTICE

84 avenue du Président Wilson
93210 Saint-Denis

[medecinsdumonde.org](https://www.medecinsdumonde.org)

 [@medecinsdumonde](https://www.instagram.com/medecinsdumonde)

 [#MdM_France](https://twitter.com/MdM_France)

 [facebook.com/fr.mdm](https://www.facebook.com/fr.mdm)