

LES CAHIERS DE L'UDAF

DU VAL DE MARNE

N°2 – Janvier 2018



Accès aux droits et aux soins des personnes vulnérables : Une responsabilité partagée



LES CAHIERS DE L'UDAF

DU VAL DE MARNE

Sommaire

 Inégalités d'accès aux soins et politique de santé en France	5
La situation des inégalités de santé et d'accès aux soins en France	5
L'impact de la construction du système français sur les inégalités à travers les principales réformes du système français	7
 L'accès aux soins des personnes vulnérables	10
La question de l'accès aux soins	10
L'accès aux soins des majeurs vulnérables	15
 Accès aux soins : quel sens aujourd'hui ?	18
La notion d'accès	18
Le contexte actuel de l'accès aux soins	19
Une évolution des rôles dans la relation de soin	20
Les politiques publiques de santé et l'expérimentalisme démocratique	21
 Les principaux mécanismes de vulnérabilités sociales	23
Qu'est ce qu'être en « suffisamment bonne santé », vision institutionnelle et visions des populations précaires	23
Difficultés d'accès aux soins des personnes vulnérables : quelles alternatives ?	25
Travailler et agir ensemble : articulation des professionnels et des associations	26
 Bibliographie	30
 Zoom sur ...	32
 Remerciements	34

Edito



Françoise Souweine,
Présidente de l'Udaf
du Val-de-Marne

A l'occasion de sa 2^{ème} biennale « santé », l'Udaf vous propose la parution de son 2^{ème} « Cahier de l'Udaf du Val-de-Marne ».

L'Udaf a souhaité à travers les différents acteurs institutionnels intervenants à cette biennale affirmer une volonté de maintenir dignité, intégrité des personnes qui sont en situation de vulnérabilité.

Après la mise en place d'un observatoire de la santé des publics, que l'Udaf du Val-de-Marne accompagne au quotidien, la thématique se poursuit sur :

« L'accès aux droits et aux soins des personnes vulnérables : Une responsabilité partagée »

La notion d'accès aux soins désigne la modalité, matérielle et sociale d'accéder aux soins. L'accessibilité se traduit par la proximité ou l'éloignement des prestataires, la capacité financière de recourir à des services de santé, mais également la volonté d'avoir recours aux soins, ou encore d'avoir la conscience de l'ensemble des dispositifs existants.

Pour éclairer ces propos, Paul Dourgnon démontre que le renoncement aux soins est socialement différencié : les personnes les plus pauvres renoncent davantage et les personnes qui renoncent à des soins pour des raisons financières ont une probabilité plus élevée de voir leur état de santé se dégrader.

Ces résultats montrent qu'une meilleure équité d'accès aux soins, permet de diminuer les inégalités sociales de santé et conforte la position des institutions sur la question du rôle des systèmes de santé et plus particulièrement du recours aux soins.

L'évolution de la société, notamment structurée à travers l'échange numérique et la mise en réseau, tend à favoriser l'exclusion sociale. Celui qui n'aura pas d'accès ne saura pas s'orienter dans les réseaux futurs de la société, il sera exclu du système de manière encore plus radicale qu'à l'heure actuelle.

Cette analyse renforce l'intérêt de la notion d'accès pour réfléchir à l'évolution de nos systèmes de soins et aux politiques de santé qui y sont associées.

L'enjeu actuel est bien de travailler et d'agir ensemble pour un système de soins solidaire. Un système compréhensible, sans rupture non souhaitée, composé de personnes bien informées, libres d'exprimer leur volonté, de politiques publiques, cohérentes et alignées vers le même objectif au service d'une population, de services décloisonnés, d'acteurs professionnels qui se connaissent, collaborent et développent des actions de proximité, des modalités d'accompagnement adaptées à chaque situation de façon souple et continue.

Dans ce souci de réduire l'exclusion et les inégalités, l'Udaf en tant qu'acteur du champ médico-social du territoire fait appel à ses partenaires de terrain afin de rendre visible l'articulation des acteurs qui permet aujourd'hui de répondre aux besoins en terme de soins des personnes vulnérables.

La nécessaire adaptation du parcours de soins existant en fonction des conditions de l'usager, fait partie du soin de la personne.

Vous trouverez à travers ce numéro la richesse des propos évoqués tout au long de cette journée.



Inégalités d'accès aux soins et politique de santé en France

La situation des inégalités de santé et d'accès aux soins en France

■ Un constat tardif pour la France

Bien que le système de santé français soit un des meilleurs au monde selon le classement de l'Organisation Mondiale de la Santé, elle ne se classe pas aussi bien dans les dimensions d'équité. La France est aux derniers rangs des classements des pays de l'OCDE² (hors Europe de l'Est) en ce qui concerne ces inégalités de santé comme par exemple les écarts de taux de mortalité entre ouvriers et cadres. En effet, pour de nombreuses dimensions de la santé, l'état de santé est corrélé en fonction du statut social. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadre et ouvrier était, en 2010,³ de 7 ans chez les hommes et 3 ans chez les femmes.

La question des inégalités de santé a eu un écho important en Angleterre dans les années 1980 grâce au rapport Black⁴ quelques années après sa sortie⁵. Ce rapport met en avant des inégalités de santé très fortes. Le rapport fait apparaître que dans un pays qui dispose d'un système de santé socialisé depuis 40 ans, des inégalités de santé persistent et même augmentent. Ce fut sous les gouvernements ayant succédé à Margaret Thatcher que l'Angleterre a commencé à lutter contre les inégalités sociales de santé. De nombreuses études sont venues par la suite corroborer les résultats du

rapport Black. A titre d'exemple, les inégalités géographiques sont visibles sur une carte du métro londonien, où l'espérance de vie diminue de l'ordre d'une année par station de métro, en partant du cœur de la ville pour rallier l'East End, c'est-à-dire les quartiers pauvres.

Il a fallu dix années de plus à la France pour trouver des initiatives allant dans ce sens. Elles sont notamment présentes dans les rapports du Haut Conseil de la Santé Publique⁶ avec les lois du milieu des années 2000 mais les résultats en termes de politique publique restent limités et concentrés sur les politiques d'accès aux soins.

¹ Paul Dourgnon, économiste. Plus d'information dans la rubrique « Zoom sur ... », page 29.

² Organisation de Coopération et Développement Economiques.

³ Haut Conseil de la Santé Publique, Editorial Actualité et dossier en santé publique, n°73, décembre 2010.

⁴ D. Black, J.N. Morris, C. Smith, P. Townsend (1980), *Inequalities in health : report of a research working group*, Londres, Department of Health and Social Security, 1980.

⁵ Le contexte politique n'était pas ouvert à l'écoute des résultats de ce rapport.

⁶ Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Collection Avis et Rapports, Paris : La Documentation française ; avril 2010.



■ Le système de santé et la lutte contre les inégalités

Les derniers travaux de comparaison internationale au sein des pays européens de l'OCDE classent la France assez bas en termes d'accès aux soins de spécialistes, dentaires ou optiques. Le constat est inversé en ce qui concerne l'accès aux généralistes, notamment après la mise en place de la Couverture Médicale Universelle.

Par rapport au système de santé, l'économiste souhaite mettre en avant un dysfonctionnement : « (...) *dans notre système de santé ambulatoire, l'essentiel de la régulation tient dans la capacité du système à contrôler et à limiter l'accès aux soins des patients* ».

Le système de santé français est **basé sur un système d'assurance sociale** avec les outils de l'assurance habituelle, basés sur le partage des coûts, c'est-à-dire du risque financier, entre assureur et assuré. Mais ce système a des limites, protégeant moins bien les patients les plus malades ou les plus pauvres.

L'Affection de Longue Durée exonérante⁷ a été instaurée dès la création de la sécurité sociale. A l'origine prévu pour trois groupes de pathologies, ce dispositif est progressivement devenu un « mille feuilles » avec aujourd'hui la prise en compte de 32 maladies ou groupes de pathologie. Peut-on conclure aujourd'hui que L'ALD permet réellement aux patients de ramener leur effort financier lié à leur état de santé à un niveau satisfaisant ? « Un rapport du HCAAM⁸ au début des années 2010, a montré que les personnes en ALD continuaient à payer un reste à charge moyen plus élevé que les autres⁹ ». La cause de ce constat réside

dans le fait **qu'un mauvais état de santé d'une personne n'est pas seulement dû à un groupe de maladie fixé, il peut y avoir des pathologies associées ou concomitantes qui ne rentrent pas dans la liste des ALD.**

En parallèle, l'assurance maladie a œuvré pour une protection des patients les plus pauvres avec la mise en place du dispositif de la Couverture Maladie Universelle et Complémentaire (CMUC). Malgré une amélioration significative de l'accès aux soins des patients « CMUistes », **la CMU n'a pas supprimé les inégalités d'accès aux soins.**

Le constat de l'intervenant sur ce système de santé du point de l'accès aux droits et aux soins correspond à l'image du « mille-feuilles » avec comme base **un système d'assurance sociale sur lequel des dispositifs se superposent afin de pallier les défauts induits par le système original.**

⁷ Maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ouvrant droit à la prise en charge à 100% pour les soins liés à cette pathologie. L'objectif étant de permettre d'englober les patients très malades ou susceptibles d'avoir des coûts de santé relativement importants.

⁸ Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

⁹ Toutes les citations sans note de bas de page sont des extraits de l'intervention de M. Dourgnon.



La régulation de la demande y est assurée par un ticket modérateur¹⁰ c'est-à-dire que le patient lui aussi va être confronté à un prix, un coût lié aux dommages de santé : « *qui va le rendre raisonnable* ». Mais ce reste à charge reste ré-assurable par des organismes complémentaires.

Rappelons que 95% de la population est couverte par une complémentaire privée ou par la CMUC. Ainsi, **les politiques publiques ayant pour objectif de réguler le système de soin s'appliquent à 5% des plus pauvres**

n'ayant ni accès à la CMU, ni à une complémentaire.

Quel est donc le sens des politiques publiques dans ce contexte ? De même, quel est le sens d'un ticket modérateur à l'hôpital ? Peut-on penser que le patient vient y réaliser des soins inutiles ?

Un des exemples d'une volonté d'amélioration du système peut être la mise en place en 2005 de l'Aide à la Complémentaire Santé¹¹ et, récemment, la réforme de l'ANI¹² visant à généraliser l'assurance complémentaire à travers le marché du travail.

L'impact de la construction du système français sur les inégalités à travers les principales réformes du système de santé

L'intervenant débute cette seconde partie en évoquant l'exemple de la CMUC. Le rapport Boulard¹³, préfigurant la loi, énonce le fait que 15% des français renoncent à des soins ce qui représente une inégalité inacceptable. Ces 15% étant concentrés dans la population la plus pauvre en France. La CMUC a indéniablement permis une amélioration de l'accès des personnes les plus défavorisées. Toutefois, à elle-seule, la CMUC ne permet pas de rattraper et de remettre au même niveau la situation des personnes les plus défavorisées en termes d'accès aux soins.

« *Il ne suffit pas de dire que tout provient de la misère.* »

Les inégalités de santé ce n'est pas simplement entre les plus riches et les plus pauvres. Il y a un continuum et donc un effet de seuil au-dessus du plafond CMU. De plus, un tiers des personnes éligibles à la CMU n'y a pas recours ». Cet effet de continuum signifie que si les politiques mettent des seuils comme être ou non éligible à la CMU, **ces effets de seuil induisent, par conséquent, des inégalités de recours**. La volonté du régulateur par ces réformes est légitime mais des limites restent perceptibles notamment pour la question du renoncement aux soins : « *qui existe et augmente* ».

■ Organisation des soins primaires et équité d'accès

Par leur mission d'orientation dans le système de santé, les médecins traitants doivent jouer un rôle dans le parcours de santé de leurs patients. Ainsi, le fait de favoriser l'accès à un médecin pourrait être un point d'entrée unique dans le système de soins qui permettrait de faciliter l'accès équitable au système de santé dans son ensemble, en particulier aux soins de spécialistes. Il serait intéressant, dans ce cas comme pour d'autres réformes, que les conséquences des **réformes en termes d'équité soient plus systématiquement évaluées**.

¹⁰ Le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance Maladie.

¹¹ L'ACS est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. Elle donne droit aux patients, pendant une année, à une aide financière pour payer son contrat de complémentaire santé.

¹² Accord National Interprofessionnel.

¹³ Boulard Jean-Claude, député de la Sarthe, rapport n°1680 au nom de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 juin 1999.



Inégalités d'accès aux soins et politiques de santé en France - Paul Dourgnon

La stratégie nationale de santé écrite en 2013¹⁴, illustre un possible changement de fond des politiques publiques, avec la formation d'un comité interministériel de coordination des politiques gouvernementales en faveur de la santé c'est-à-dire : « *la prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques* ». Cette réflexion illustre le fait que **la santé d'un patient est liée à des déterminants sociaux**. En effet, **les inégalités sont liées à différents facteurs**

comme les conditions de vie et de travail, les comportements individuels qui sont parfois très différents entre groupes sociaux, ainsi que l'accès et la bonne utilisation du système de soins.

Plus que des réformes radicales, le système de santé, évolue à « petits pas ». Ainsi, il a connu depuis 15 ans de très nombreuses transformations, parfois de petite envergure, mais reste un des domaines des politiques de protection sociale faisant le plus l'objet de réformes.

■ Le non recours comme illustration des questions actuelles sur l'accès aux soins

L'intérêt porté à la notion de renoncement¹⁵ aux soins est récente, même si le renoncement a été évoqué à l'occasion de la création de la CMUC. Au début des années 2010, il a été décidé de construire des indicateurs de suivi des lois de santé publique. Pour les établir, le ministère a décidé d'utiliser les statistiques sur le renoncement. L'hypothèse implicite était que les CMUistes ne devraient pas renoncer davantage aux soins que les personnes ayant une complémentaire privée. Cette hypothèse soulève toutefois des questions en termes de normes d'équité souhaitée : « *Est-ce qu'on considère que dans le système français il ne doit pas y avoir de renoncement ? Auquel cas, on devrait souhaiter tendre vers zéro renoncement* ».

Les statistiques sur le renoncement montraient en fait que les CMUistes non seulement renonçaient toujours, mais que l'écart entre CMUistes et assurés complémentaires se creusait. Face à ces résultats, le régulateur a tout d'abord questionné la qualité de l'indicateur de renoncement. Le travail des chercheurs a alors été, avec l'aide du ministère, de préciser le sens du renoncement et ses implications pour l'évaluation des politiques publiques. Ce travail de recherche a mobilisé une approche socio-anthropologique puis économique. Ces travaux méthodologiques ont montré que la question du renoncement apparaissait très concrètement « *dans les trajectoires de santé et les trajectoires socio-économiques des individus* ». Le sens du renoncement

était de plus « *partagé dans les différents groupes sociaux en tout cas pour la population générale c'est-à-dire 95% de la population totale* ». Cette étude a ainsi permis de démontrer que l'indicateur de renoncement était valide pour évaluer l'impact des politiques publiques d'accès aux soins. Mais l'approche socio-anthropologique a aussi permis d'éclairer une autre cause de renoncement. En effet, parallèlement à des situations de renoncement pour raison économique, **il y a un renoncement plus fondamental qui est le renoncement aux droits.**

Une fraction de la population ne ferait donc pas totalement usage de ses droits à la santé. Ce renoncement aurait donc des incidences sur les inégalités d'accès aux soins. L'exemple de l'éligibilité de la CMUC l'illustre très bien « *Une personne sur trois pouvant avoir accès à la CMUC, n'y a pas recours* », l'éligibilité pour la complémentaire santé est « *d'environ 5 personnes sur 6* ». Ces données signifient que les dispositifs « *ne touchent pas leur population* ».

Le constat est donc qu'il y a des effets de non recours. La cause de ces effets serait due, en partie à la capacité des individus de s'approprier le système de protection sociale qui, en France, est particulièrement complexe. L'intervenant interroge le public sur la composition du paiement lors d'une visite chez son médecin. Il évoque le fait qu'il existe de nombreuses catégories de tarification, que les usagers n'ont pas : « *les*



Inégalités d'accès aux soins et politiques de santé en France - Paul Dourgnon

caractéristiques, les capacités, le temps, d'investir, de s'acculturer (...) et donc d'accéder » à l'ensemble de l'information sur leurs droits et le fonctionnement du système de santé. Le système de santé peut être difficilement appréhendable pour des individus éloignés culturellement du système : « on a l'impression d'avoir besoin d'un doctorat en économie pour arriver à comprendre le système français » nous disait en souriant un confrère anglais. Cette complexité représente aussi une barrière administrative à l'accès aux droits et aux soins.

Enfin, le non recours reflète un phénomène de fragilisation hors du système de soins. Cette « vulnérabilité sociale¹⁶ », d'une part minoritaire mais croissante de la société peut expliquer l'augmentation des situations de non recours aux soins ou aux droits.

De façon très intéressante, les acteurs de terrain ont renvoyé, à la présentation des résultats, qu'ils « savaient, sentaient, qu'il y avait une partie de la population, des patients, des assurés qui commençaient à décrocher ».

Leur expérience a, semble-t-il, commencé à remonter et certaines expérimentations, dans les différentes CPAM, notamment, sont encourageantes.

Pour conclure, la dernière loi de santé de janvier 2016¹⁷ institue le fait de pouvoir construire : « un système d'information qui va nous permettre de calculer les restes à charge des individus et comment ils sont distribués » et surtout de permettre une meilleure transparence et compréhension du système de santé.

¹⁴ Feuille de route définissant le cadre de l'action publique dans le domaine de la santé sur le moyen / long terme.

¹⁵ Le renoncement au soin est l'attitude d'un patient qui renonce à des soins de santé dont il aurait besoin.

¹⁶ La vulnérabilité sociale, au sens du sociologue Robert Castel se définirait comme un risque de fragilisation voir d'exclusion sociale auquel serait confronté un individu ou un groupe d'individus à l'intérieur d'une organisation ou d'une société.

¹⁷ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.





L'accès aux soins des personnes vulnérables

La question de l'accès aux soins

■ Interdiction des discriminations, corollaire du principe d'égalité

Indépendamment du droit des majeurs protégés, l'accès et le consentement aux soins, et corrélativement l'interdiction de toute discrimination en la matière sont, **en droit positif**, inscrits dans des textes à la valeur tantôt symbolique, tantôt normative. La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 18/12/2000, texte à la portée symbolique, le rappelle en son article 35. Autre texte symbolique bien connu des praticiens, la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (art. 9), ou bien encore la Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée issue du décret du 31/12/2008 (art. 11). Parmi les textes de portée normative, l'article 16-3 du Code civil pose : « *Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.* » Le Code de la santé publique (pour la suite, CSP) consacre ce principe parmi les premiers articles : « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.* » (L. 1110-3 CSP). « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les*

décisions concernant sa santé. (...) Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » (L. 1111-4 CSP). Le Code de déontologie médicale (art. 7) rappelle l'interdiction de toute discrimination. Cette liberté d'accès est ainsi reconnue à toute personne, fût-elle sans titre de séjour (Crim, 11 juin 2013, pourvoi n° 12-85.821) ; constituera une discrimination le refus de soigner un bénéficiaire de la CMU (Halde, 06/11/2006).

Un égal accès aux soins, une information préalable, un consentement éclairé, tels sont les principes essentiels.

L'égalité en droit se complète d'une **égalité matérielle** dans l'accès aux soins : ainsi, une pénurie de personnel d'un établissement spécialisé ne justifie pas le refus d'admission d'un patient atteint de profondes brûlures (Conseil d'Etat, 25 février 1976, n° 90035). De même, l'absence de lit et d'appareil disponible n'autorise pas le médecin de refuser d'administrer les soins appropriés, à charge pour lui de montrer sa sollicitude au patient (CDNOM, 13 juillet 2011, n° 10781 ; CDNOM, 11 déc. 2009, n° 10355).

¹ Valéry Montourcy, avocat au barreau de Paris
Plus d'information dans la rubrique « Zoom sur ... »,
page 29.



■ Qualité de soins

Les soins doivent être **continus** et **permanents** : « La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. » (L. 1112-2 CSP). « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. » (R. 4127-47 CSP). « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. »

La jurisprudence illustre ces exigences :

Constitue une faute de surveillance, commise par le médecin, engageant sa responsabilité, le fait de refuser d'avancer une visite prévue plus d'un an après une précédente visite mettant au jour un risque sérieux de rétinopathie, sans prendre la peine de diriger son patient vers un autre confrère, la surcharge du cabinet ne constituant pas une excuse, dès lors que le risque de rétinopathie, qui s'est réalisé, était imminent et prévisible sur un patient que le médecin connaissait

depuis longtemps (Civ. 1ère, 06 oct. 2011, n° 10-21.212).

Qu'entend-t-on par **continuité** ? La réponse se retrouve dans la jurisprudence notamment à travers l'exemple suivant où la **faute de surveillance** engage la responsabilité du médecin. En effet, la cour de cassation en 2011 a condamné le refus d'avancer une visite, prévue plus d'un an après la précédente, ayant mis en lumière un risque grave de rétinopathie. Ici, le fait de pas avoir pris une décision plus rapide, plus continue et moins espacée constitue une faute médicale. Autre faute, le fait pour un médecin d'inciter ses confrères membres d'une organisation syndicale à ne plus dispenser de soins (CE, 04 mai 2001, n° 205248). En revanche, en l'absence d'urgence, le refus d'un gynécologue-obstétricien de prendre en charge la seconde grossesse d'une patiente qui lui avait intenté un procès...



L'accès aux soins des personnes vulnérables Valéry Montourcy

La **permanence** des soins signifie que toute personne appartenant au corps médical doit apporter son concours à l'accès aux soins : ainsi, un médecin opposé à une réquisition pour assurer des soins doit néanmoins s'y conformer (Conseil d'Etat, 23 janv. 2013, n° 244706). Si cette réquisition venait à être jugée illégale,

le médecin pourrait obtenir une indemnisation ; mais il ne peut se faire juge de la légalité de cette réquisition. De plus, son refus constituerait une infraction contraventionnelle de 2^e classe (150 euros au plus), outre les poursuites disciplinaires et la mise en jeu de sa responsabilité civile.

L'accès aux soins est-il un droit ?

L'accès aux soins est un droit fondamental. La cour européenne des Droits de l'Homme a rappelé, dans un arrêt G c/ GEORGIE en date du 03 mars 2009, que l'accès aux soins repose sur l'article 3 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme : « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. »

Le premier article du CSP dispose : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en

œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. » (L. 1110-1 CSP)

Le Préambule de la Constitution de 1946, alinéa 11, fait partie du bloc de constitutionnalité et rappelle que la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ». Ce droit est opposable à tous (erga omnes) et inaliénable. Il est donc impossible de le céder : on ne peut pas contre de l'argent renoncer à être soigné.

Quels recours pour une personne qui n'a pas accès aux soins auxquels elle a le droit ?

Recours civil : il s'agit de la responsabilité classique du médecin, une responsabilité d'ordre contractuel (articles 1134 et 1147 C. civ.). En cas de décès, le recours est exercé au visa de l'article 1382 c. civ. (la responsabilité devient délictuelle), et se fonde sur la perte de chance d'avoir pu vivre plus longtemps.

Recours pénal : il faut pour cela qu'une infraction ait été commise, et non plus seulement une faute civile. Ainsi, la commission d'un délit de discrimination (art. 225-1 C.P.), celui de non assistance à personne en danger (art. 223-6 C.P.) aboutit à un dépôt de plainte pénale devant le procureur de la République ou à une citation directe devant le Tribunal correctionnel.

Recours ordinal, disciplinaire : ce recours suppose que le patient ou ses héritiers aient déposé une plainte devant l'Ordre des médecins, en vue de faire sanctionner le médecin ayant refusé de prodiguer des soins. En cas de faute disciplinaire caractérisée, les sanctions peuvent aller du blâme à la radiation, selon le degré de gravité de la faute.

Recours administratif général ou de plein contentieux : le patient qui se voit refuser des soins peut engager la responsabilité de l'administration (établissement public). Ce recours ne sera recevable au plan procédural qu'à la condition que l'usager ait communiqué préalablement ses doléances à l'Administration (l'Administration dispose du privilège du préalable, applicable que la faute soit liée à la gestion du service (faute dite objective) ou que la faute ait été commise par un membre du personnel de l'établissement (l'administration fait alors écran à une action en responsabilité individuelle à l'encontre d'un fonctionnaire ou assimilé).

Recours administratif spécifique/ plainte devant la CNAM : l'article L. 162-1-14-1 du Code de la Sécurité Sociale précise que le directeur de l'organisme local de l'assurance maladie peut, consécutivement à une plainte, sanctionner un professionnel de santé ayant commis un acte discriminatoire (tel un refus de soins).



Une personne a-t-elle le droit de refuser de se soigner ?

Le principe du refus de soin repose sur le texte du code de la santé publique L. 1111-4 CSP :

« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. »

*« Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir **informée des conséquences** de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit **réitérer** sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article [L. 1110-10](#). »*

L'article R. 4127-36 CSP complète cette disposition :
« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. »

« Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. »

« Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité. »

Ce droit du malade au refus des soins est encore consacré à l'article **L. 1110-10 CSP** pour les malades en fin de vie : « Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical. »

Il résulte de la combinaison de ces articles que toute personne peut refuser de se faire soigner à la condition que son refus soit éclairé, afin qu'il s'appuie sur des données médicales, et réitéré, afin qu'il ne procède pas d'une humeur ou d'une impulsion. Il doit être réitéré. Faire appel dans les cas les plus graves à un autre médecin permet d'aborder la question des soins autrement : parfois, une autre personnalité, une plus grande aptitude à l'échange pourra amener le malade à réfléchir davantage.





Une fois le refus exprimé et réitéré, le médecin doit **respecter le choix**. Il peut seulement convaincre le patient de son intérêt d'être soigné, ou de reprendre des soins.

Le médecin doit naturellement **faire preuve de bonne foi**, et ne pas commettre de dol aboutissant à vicier le consentement du patient par des mensonges et/ou procédés déloyaux, par exemple en assurant que le traitement permettra une guérison en l'absence d'essais cliniques concluants. En ce sens, l'article R. 4127-39 CSP pose : « Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite. »

De même, dans l'hypothèse où un médecin prescrirait un médicament homéopathique, sans effet sur la maladie du patient, il entretiendrait ce dernier dans une réserve à l'égard d'un traitement classique chirurgical,

et priverait le patient d'une chance sinon de guérir, du moins de survie. Le médecin doit faire usage de son influence pour convaincre son patient de la nécessité d'un traitement classique.

Le seul cas dans lequel le médecin est autorisé à outrepasser le refus du patient est le risque de décès de celui-ci. Le conseil d'Etat, en 2001, a rappelé que **les soins indispensables à la survie du patient**, pratiqués par le médecin en dépit du refus du patient, **ne portent pas atteintes à son droit** fondamental de refus dès lors que les soins sont proportionnés à la gravité de l'état de santé (Conseil d'Etat, 26 oct. 2001, n° 198546 ; Conseil d'Etat, 16 août 2002, n° 249552 ; C.A.A. Nantes, 20 avril 2006, n° 04NT00534 ; Avis du CCNE n° 87, 24/04/2005). Un danger immédiat, ou un état de santé d'une particulière gravité, autorisent le médecin / chirurgien à intervenir en dépit de l'absence de consentement libre et éclairé du patient. Pour autant, en une telle circonstance, le médecin n'a pas l'obligation de pratiquer ces soins, il en a seulement la latitude.

Peut-il y avoir excès de soins ?

Excès de médication. La chambre criminelle de la cour de cassation a jugé que **l'excès de médication** peut constituer une infraction pouvant être constitutive du crime d'empoisonnement. La responsabilité pénale du médecin est engagée (Crim., 08 juin 1993, Bull crim 1993 n° 203).

Acharnement thérapeutique. Le Code de la santé publique dispose : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit **s'abstenir de toute obstination déraisonnable** et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. » (R. 4127-37 CSP)

L'acharnement thérapeutique est la traduction profane de l'« **obstination déraisonnable** ».

Plusieurs précisions :

> **L'obstination déraisonnable se caractérise indépendamment du résultat.** Ainsi, constitue une

obstination déraisonnable le fait de pratiquer les opérations de réanimation sur un nouveau-né alors même que celui-ci était en état de mort apparente, et n'avait pas été oxygéné pendant près de vingt minutes, les opérations de réanimation étant toujours en cours au moment où un médecin allait annoncer le décès aux parents, et ce bien que l'activité cardiaque de l'enfant ait repris (T.A. Nîmes, 02 juin 2009, n° 0622251).

> **L'obstination déraisonnable s'apprécie in concreto**, en fonction de la durée raisonnable que l'on peut scientifiquement attendre d'une intervention eu égard à la nature de l'événement médical à endiguer. Ne constitue pas une obstination déraisonnable le fait pour un médecin de pratiquer une opération de réanimation dès lors qu'il est démontré que les médecins ne pouvaient pas évaluer la prévisibilité des séquelles de l'enfant ni adapter en conséquence la durée de la réanimation (CAA Marseille, 12 mars 2015, n° 10MA03054).



> **L'obstination déraisonnable ne cause pas, en soi, un préjudice**, il est nécessaire pour la retenir de prouver des séquelles subséquentes à cette obstination. C'est au plaignant de démontrer son préjudice (CAA Marseille, 04 oct. 2007, n° 05MA03291). Le fait de réitérer une opération sur un patient dont l'efficacité laissait déjà à désirer est un élément de

nature à démontrer l'obstination déraisonnable. Ainsi, une seconde implantation de bio-corail, après l'échec de la première, constitue une obstination déraisonnable (CA Paris, 20 mai 2005, n° 04/03864).

Ces principes généraux étant rappelés, il convient de s'intéresser à la question de l'accès aux soins des personnes vulnérables.

L'accès aux soins des majeurs vulnérables

■ L'information

Le curatelaire

Jusqu'à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, la personne en curatelle était seule en droit de recevoir et solliciter l'information médicale la concernant, à l'exclusion de son curateur à la personne. En effet, une curatelle à la personne n'impliquait pas que le curateur soit avisé des soins prodigués au majeur. Le curateur ne pouvait pas, par exemple, être présent aux entretiens médicaux sans l'accord du curatelaire, ni obtenir des informations auprès du corps médical (il fallait que le curatelaire autorise la présence du curateur aux rendez-vous médicaux).

Depuis la loi du 26 janvier 2016, l'article L. 1111-7 CSP a été modifié. Désormais, « Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique, la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'article 459 du Code civil, a accès à ces informations dans les mêmes conditions. »

Ainsi, le mandataire spécial dans le cadre d'une sauvegarde de justice provisoire incluant une mission de protection de la personne, le curateur dans le cadre d'une curatelle à la personne, et le tuteur dans le cadre d'une tutelle à la personne, ont accès à l'information médicale du majeur protégé.

Le tuteur

Accès à l'information médicale. Auparavant, le tuteur (à l'exclusion du curateur) était créancier du secret médical : comme indiqué supra, depuis la loi du 26 janvier 2016, il ne détient plus de monopole.

Consentement du tuteur aux soins. L'article L. 1111-4 CSP dispose : « Le consentement du (...) majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par (...) le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du (...) majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. »

Le raisonnement tient en trois temps :
A) le consentement aux soins, par le tuteur doit être recherché.

B) Si le tuteur est inapte, c'est au tuteur de consentir.
C) Si le tuteur ne consent pas, et que ce refus peut avoir des conséquences graves, le médecin passe outre.

La personne de confiance¹

La personne de confiance est définie par l'article L. 1111-6 CSP :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera **consultée** au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage



prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et **assiste** aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation. »

La personne désignée par un curatelaire avant son

placement sous protection judiciaire reste valablement personne de confiance.

En revanche, en tutelle, le CSP prévoit une disposition spécifique :

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer. »

En d'autres termes, si le tuteur souhaite désigner une personne de confiance, il lui faut l'autorisation du juge des tutelles ; si le tuteur avait, avant son placement en tutelle, désigné une personne de confiance, cette désignation doit être confirmée ou révoquée par le juge.

■ Le consentement

Le consentement du majeur protégé doit être toujours recherché, comme tout un chacun. La seule limite réside dans l'aptitude du majeur à concevoir et exprimer sa volonté. Une mise sous tutelle n'affranchit pas le médecin de son obligation de rechercher son consentement : ce n'est que lorsque le majeur en tutelle est hors d'état d'exprimer sa volonté que le médecin en est dispensé, avec la précision indiquée supra (c'est le tuteur qui consent aux soins, et si son refus met en danger le majeur, le médecin écarte le tuteur).

Dans le cas où le tuteur peut exprimer sa volonté, le médecin doit rechercher **à la fois** le consentement du tuteur et celui du majeur (article R. 4127-42 CSP et article 42 du code de la déontologie médicale). En cas d'urgence, le médecin peut s'affranchir du consentement du tuteur car les soins doivent être prodigués.

L'article R. 4127-42 CSP dispose :

« Sous réserve des dispositions de [l'article L. 1111-5](#), un médecin appelé à donner des soins (...) à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir (...) son **représentant** légal et d'obtenir **leur** consentement.

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. »

En curatelle, le majeur doit donner personnellement son consentement aux soins. Le curateur n'a aucune prérogative pour consentir ou non à un acte médical ou chirurgical, sauf autorisation du juge des tutelles. En présence de soins sans consentement (internement), le curateur informera le juge des tutelles.

L'article 459 du Code civil dispose, sur cette question :

« Hors les cas prévus à [l'article 458](#), la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.

Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé.

Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée.

La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement ferait courir à l'intéressé. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué. »

Lorsque la personne n'est pas en état de consentir, le tuteur doit être autorisé par le juge à valider une intervention chirurgicale non urgente.

En cas d'urgence, le tuteur n'a pas besoin de l'autorisation du juge : il l'informera en revanche en temps réel ou presque.

En curatelle à la personne, le curateur assiste le majeur protégé dans l'accès à l'information et la prise de décision. Il ne peut solliciter par requête supplétive une autorisation pour qu'une intervention chirurgicale soit autorisée dès lors que c'est en conscience que le curatelaire refuse cette opération. Si en revanche, le refus procède d'une inaptitude psychique, la question reste ouverte et une requête urgente en aggravation précèdera une demande d'autorisation du tuteur sur le fondement de 459 al. 3.

Enfin, même dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement, les médecins intervenant dans la période de soins des 72 premières heures doivent recueillir les observations du patient (L. 3211-3 CSP).



Accès aux soins : quels sens aujourd'hui ?

L'intervention de Mr. Cobbaut a permis de redéfinir et de remettre au gout du jour la notion d'accès aux soins. En effet, c'est une notion qui a subi de nombreuses évolutions au fil du temps, dues notamment aux changements politico-sociétaux des dernières années. Il a précisé que son intervention se situait dans le champ de l'éthique et de la justice bien que la notion d'accès ait un caractère pluridisciplinaire.

La notion d'accès

En Europe, la notion d'accès s'est développée après la seconde Guerre Mondiale et avait pour objectif : « *la nécessité de protéger fondamentalement les personnes* »². Pour les pays anglo-saxons, la notion d'accès aux soins s'est faite à travers le prisme de l'équité entre les personnes et notamment en ce qui concerne l'accès aux allocations des ressources en soins de santé. Ces réflexions se sont traduites par une **responsabilisation du milieu médical** en fonction de l'objectif suivant : « *toutes les personnes ont droit au meilleur soin en vertu des données acquises de la science* ». Ainsi le système de santé s'est déployé sans qu'il y ait concordance entre les ressources allouées aux soins de santé et les gains en termes de santé que cette allocation permet.

La « *transition épidémiologique* »³ et le vieillissement de la population ont eu un impact sur les politiques de santé. La question concernait l'arbitrage entre le nombre de ressources allouées aux soins de santé et la distribution de ces soins : « *Combien de ressources est-il acceptable de consacrer au secteur des soins de santé ? Doit-on prendre en compte les secteurs dits sociaux qui y contribuent également ?* » Selon l'intervenant, l'accès interroge, de façon pratique, la manière dont les personnes sont adressées au système de santé imposant, de ce fait, de **définir ce que signifie le « bon soin de santé » ou le « produit soin »**.

M. Cobbaut intègre alors le champ socio-anthropologique à son discours, chaque individu est différent dans son approche aux soins de santé. Partant de ce constat, il faut voir au-delà de l'accès aux soins techniques et plutôt **l'envisager comme une approche tournée vers la personne dans sa globalité** intégrant son parcours de santé.

Ainsi, dans les années 1970/1980, la réflexion a évolué d'une centralité sur l'acte de soin à l'individu vers une réflexion plus globale sur la santé avec notamment la création d'actes de prévention et de suivi dans le parcours de santé des personnes. Cette transition de réflexion s'est faite également en intégrant d'autres secteurs liés au système de santé : le médico-social et la justice.

¹ Jean-Philippe Cobbaut, juriste, philosophe et docteur en santé publique. Plus d'information dans la rubrique « Zoom sur ... », page 29.

² Toutes les citations entre guillemets sans référence en bas de page sont extraites du discours de l'intervenant.

³ Les progrès en termes de vaccination et la création des antibiotiques par exemple.

⁴ Les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.).



Le contexte actuel de l'accès aux soins



La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a instauré la volonté de mettre en place un Dossier Médical Personnel ainsi que le développement du « parcours de soins » coordonné autour d'un médecin traitant. Cette loi pose les contours d'une prise en charge globale des patients. L'émergence des nouvelles techniques de l'information et de la communication permettent aux données médicales et sociales des patients d'être centralisées et accessibles à l'ensemble du corps médical. L'accès aux données des patients est encore expérimental aujourd'hui, néanmoins, il favorise la coordination des acteurs autour du parcours de soins des patients.

La prise en charge globale du parcours de santé incite les acteurs à se constituer en réseau. C'est dans ce contexte que le rôle de la société civile et du milieu associatif est : « *tout à fait fondamental* » par rapport à la nécessité de rester connecté, de pouvoir être pris en compte et rester inclus dans cette perspective.

L'instauration des réseaux de santé⁴ qui sont majoritairement constitués sous forme d'association loi 1901, illustre la volonté de favoriser l'accès aux soins, la coordination interdisciplinaire des prises en charge.

Les enjeux liés à la prise en compte de la personne dans sa globalité sont d'autant plus importants pour les personnes dites vulnérables. A ce sujet, monsieur Cobbaut propose une approche autour de « *déterminants socio-biographiques* ». En effet, une part de la population en situation de précarité ou de handicap peut faire l'objet d'interrogations sur l'accessibilité aux soins : « ***la formulation de la demande, le rapport à la santé, le rapport au corps, la possibilité de s'acheminer dans le réseau complexe que constitue le système de soins*** ». Ces questionnements peuvent être des indicateurs d'accessibilité, au même niveau que ceux plus « formels » de l'accès aux dispositifs de couverture ou à la prise en charge financière des soins.



Les délais pour accéder à certains droits incluant des formalités ainsi que des protocoles à suivre restent importants. Des travaux réalisés par des observatoires comme ODENOR⁵ exposent des situations de renoncement aux droits ou de non recours par : « *non connaissance, (...) inadéquation ou par non réception*

de ces prestations par les usagers ». Ces informations appellent à des réformes à la fois sur le plan juridico-financier que sur la manière dont les personnes peuvent entrer dans un système de soins avec leurs propres spécificités.

Une évolution des rôles dans la relation de soins

L'intervenant évoque le changement de paradigme dans la relation entre le personnel soignant et le patient. En effet, jusque dans les années 1980 le modèle suivi était celui dit *paternaliste*. A l'intérieur de cette relation, les rôles étaient clairement définis : le médecin possède le savoir et le patient se soumet à ses prescriptions.

La loi du 4 mars 2002 a remis en question ce modèle pour se tourner vers des notions d'autonomie, de responsabilité du patient. L'intervenant a souligné que ces droits sont issus également du droit à la consommation c'est-à-dire basé sur l'information : « *le consentement, l'accès au dossier, etc.* » M. Cobbaut précise que dans cette loi se trouve, selon ses termes : « *un ovni juridique* » correspondant à la notion de **décision partagée**. Ce terme fait également écho à une autre notion à la signification équivoque : le **consentement libre et éclairé de la personne**. Cette dernière est intéressante d'un point de vue éthique mais pose, en pratique, des difficultés pour les

personnes mineures, en situation de handicap ou en incapacité. La problématique étant : « Comment évaluer la capacité de la personne ? Quel processus doit-on mettre en place et comment doit-il se développer ? »

Les circonstances actuelles amènent à s'interroger sur la signification d'une *décision partagée*, de ce que cela implique et de quelle manière la construire. Ainsi la relation entre le personnel soignant, le patient et parfois l'aidant (dans de nombreuses situations le patient est accompagné d'un aidant) doit faire l'objet d'un **dialogue centré sur l'information, la compréhension de sa situation par le patient**, les conséquences de tel ou tel traitement. L'objectif est de construire un processus à l'intérieur duquel le patient peut avoir une vision globale de sa situation pour pouvoir, éventuellement, transformer sa manière d'envisager les choses vis-à-vis de son traitement, par exemple.



« Il faut penser en fonction de la situation de la personne, la bonne procédure pour lui permettre d'entrer dans un processus ».

⁵ Observatoire DEs NON-Recours aux droits et services, Maison des Sciences de l'Homme-Alpes, Grenoble.



Les politiques publiques de santé et l'expérimentalisme démocratique

L'enjeu éthique des politiques publiques de santé concerne l'articulation entre ce qui se passe à l'échelle locale : « dans les contextes de soins, dans les territoires de santé », les organisations mises en place pour la prise en charge de la personne ainsi qu'une politique collective : « qui doit à la fois gérer la contrainte et allouer les besoins » en fonction des différentes situations observées. Ainsi l'accès aux soins se complexifie en intégrant de nouvelles initiatives :

- La relation de soins
- La coordination des acteurs qui doivent intervenir
- L'articulation entre les problèmes de santé avec d'autres problématiques du patient comme : « la santé mentale, le logement, l'accessibilité à la participation à la vie sociale, etc. »

Cette nouvelle perspective de santé appelle donc à un meilleur diagnostic local des situations de précarité et au développement, par la suite, d'une solution adaptée en lien avec la force des réseaux.

Les catégorisations classiques des politiques sociales ont été mises en question notamment face à la complexification de ces dernières. En effet, la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées en est un exemple. Elle est le fruit d'une : « formule inédite du point de vue de la protection sociale » créant une prestation sur mesure en direction des personnes en situation de handicap intégrant ainsi : « des formules d'hébergement adéquates et des structures également ». Cette avancée est basée notamment sur un travail et une expertise d'équipes pluridisciplinaires.

« L'enjeu se trouve dans la capacité d'adapter le système à la coordination des acteurs, à l'intelligence des expertises que produisent un certain nombre d'expériences avec une coordination globale ».

L'intervenant nomme cette nouvelle forme de gouvernance, l'expérimentalisme démocratique. Cela signifie que pour un meilleur accès, il faut aller au-delà des lieux de concertation : « il faut pouvoir expérimenter de nouvelles formules au niveau local et permettre un système de gouvernance à un niveau plus global de soutien, de comparaison et d'apprentissage mutuel entre ces différentes expériences ». Cette perspective intègre notamment la question de l'information en s'interrogeant sur la pertinence de celle-ci, son adresse (à qui et pourquoi ?) pour une vision plus éclairée par les données locales : « il faut construire ces données au fur et à mesure que l'on avance ; il faut mobiliser les personnes sur la construction de l'information ».

L'expérimentalisme démocratique laisse de l'espace à l'élaboration expérimentale ainsi qu'à la révision afin de pouvoir s'adapter à des circonstances variées et changeantes.

M. Cobbaut illustre son propos par l'exemple de la Finlande sur sa politique d'éducation. En effet, les enquêtes PISA ont mis en exergue que l'écart entre les meilleurs élèves et ceux en difficultés est le plus faible parmi les pays recensés.

Cette qualité du système éducatif finlandais serait dû à l'expérimentalisme démocratique et plus précisément à : « l'individualisation de la pédagogie par groupe changeant ».



Dans ce contexte, l'intervention de l'Etat finlandais s'est traduite par la création de dispositifs pour soutenir et encourager ces démarches locales.

En comparaison de cette approche, le système de santé en France ne va pas assez loin. Bien qu'il y ait eu de grandes avancées sur le plan des couvertures universelles et du tiers payant, la question de l'équité de l'accès pour certaines personnes ou certains territoires reste problématique. L'Etat français se positionne suivant un paradigme très délibératif notamment par le fait de mettre : « tous les acteurs autour de la table pour déterminer depuis le haut des plans ou des stratégies de santé ». Il y a très peu de mécanismes favorisant le dialogue entre les expériences de terrain et la tutelle, par exemple.

En conclusion, Jean-Philippe Cobbaut a observé qu'une véritable politique pour les personnes vulnérables nécessite une articulation mieux pensée entre les initiatives locales et les modes de gouvernance à l'échelle globale.



Les principaux mécanismes de vulnérabilité sociale

Qu'est ce qu'être en « suffisamment bonne santé », vision institutionnelle et visions des populations précaires

L'intervention d'Anne Petiau aborde les freins à l'accès aux soins liés à des situations sociales et au rapport à la santé à travers l'exposé de deux études menées sur la population des squatteurs et des sans domiciles.

■ Les squatteurs : La relativité de la définition de la bonne santé au travers du groupe

Comportements spécifiques et questions de santé

De manière globale le caractère mobile des squatteurs, dû aux expulsions, introduit des difficultés d'accès aux droits notamment par la perte de papiers et/ou des changements de caisse d'affiliation.

De par sa définition, le squat est lié aux questions de santé étant « une occupation illégale, sans contrat, de locaux qui sont vacants et non prévus pour l'habitation ». Ainsi, nous pouvons noter plusieurs facteurs en lien avec les questions de santé :

- le non accès à l'eau potable et à l'électricité
- l'insalubrité du lieu
- les accidents de vie quotidienne du à l'état du squat

Par ailleurs d'autres aspects rentrent en compte comme les usages de drogues et les violences dues à la vie en collectivité.

L'autonomie, valeur forte des squatteurs

Les squatteurs accordent une grande importance à l'autonomie : être libre de son espace et de vivre ses comportements à risques.

Très critique envers les médecins, la médication et le

système de santé, ils privilégient les médecines naturelles, l'automédication et les ressources au sein de la communauté. Ainsi, le recours aux soins se fera lorsque ces personnes seront face à des douleurs intenses (liées à un accident ou une rage de dent par exemple) et privilégieront les consultations dans les dispositifs les moins engageants (urgences ou pharmacie).

Le non recours aux soins ne s'explique pas seulement par des obstacles ou des difficultés d'accès mais aussi par des conceptions et des places particulières qui sont accordées à la santé. Si l'on reprend la typologie de Varyn sur le « non recours », il s'agit là du **non recours par désintérêt**.

On observe bien la différence de perception de l'autonomie entre le sanitaire qui parle de retour aux soins où l'autonomie est une observance des traitements et une mise en œuvre de la prévention, et certains publics qui la perçoivent de manière inverse.

L'autonomie peut ainsi être perçue selon deux points de vue : celui du milieu sanitaire qui entend le recours au suivi médical et à la prévention et celui des personnes précaires, un refus d'entrer dans le système de soins.



■ Les sans domicile : le poids des conditions sociales sur les rapports à la santé

Le processus de socialisation se fait progressivement à travers l'acceptation et l'adaptation à la situation : rencontres, création de lien de sociabilité comme la manche ou la débrouillardise. Par ailleurs, les sans domicile sont confrontés à la figure négative de leur identité sociale. Pascal Pichon caractérise le mode de vie des sans domicile comme de la survie c'est-à-dire centré sur les urgences vitales (se nourrir, s'abriter) et au jour le jour.

Aussi, Marc Breviglieri parle d' « épuisement capacitaire » désignant « une incapacité à mettre en jeu des capacités cognitives et d'expression de la volonté qui met l'accès sur les conséquences sur les relations à l'environnement et aux autres ». Cette expérience extrême provoque **une défaite de la volonté**.

Pour les intervenants sociaux notamment les maraudeurs, l'enjeu est d'arriver à tisser une relation avec ces personnes qui sont dans un état incapacitaire et non demandeurs. Cela a des conséquences sur les rapports avec les soignants et le système de soins.

Les caractéristiques du rapport aux soins des personnes sans domicile sont le retard dans les soins, la fréquentation des urgences via les pompiers lorsqu'elles sont amenées inconscientes. Cela met en avant le traitement discriminatoire car les professionnels ne savent pas si la personne est présente pour ses problèmes de santé ou pour être à l'abri. Ainsi, elles sont moins souvent soignées en consultation et èrent au sein même des services pour un retour au point de départ : les urgences.

Pour conclure, la question de la « bonne santé » dans les deux exemples est très loin de l'objectif d'accumuler un capital santé. Une grande distance avec le principe de prévention est observée.

Ces études permettent d'avoir une visibilité sur un processus lié aux comportements socioculturels dans les freins à l'accès aux soins mais aussi de constater que la définition de la « bonne santé », également au sens médical, est sociale et morale.





Difficultés d'accès aux soins des personnes vulnérables: quelles alternatives ?

■ La Croix Rouge Française : dispositif de lutte contre l'exclusion

L'équipe mobile de la Croix Rouge Française intervient auprès des sans domicile fixe **en maraude** avec la mise en place d'une veille sanitaire et sociale, **sur signalement** par le 115, des partenaires ou d'autres équipes mobiles et « **en suivi** » par la dispense de soins individualisés par l'éducation à la santé et en assurant la prise en charge.

Certains problèmes de santé sont plus fréquents de par les conditions de vie dehors des sans domicile (manque d'hygiène, difficulté d'accès aux soins, pas de couverture maladie). Chez les personnes les plus désocialisées la notion de santé diffère de la nôtre, ce qui complique les prises en charge. Le paradoxe est le suivant : plus une personne va mal psychiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique.

Ainsi, **les freins rencontrés** en termes d'accès aux soins sont liés à :

- **La personne**, avec un travail sur l'hygiène compliqué et le déplacement de la personne de son squat difficile
- **La santé**, à travers l'addiction, les problématiques neurologiques, les troubles psychiatriques, les poly-pathologies
- **L'institution**, par la méconnaissance des dispositifs et des droits, la complexité des démarches, l'attente (des différents droits), le refus de prise en charge des bénéficiaires de la CMU/AME par certains praticiens, la non connaissance des situations à risques

Chacun reçoit une réponse spécifique et adaptée mais l'objectif reste une prise en charge globale des aspects médico-sociaux.

Intervention

Vanessa Gimeno et Isabelle Hallier
Infirmières - équipes mobiles

■ Consultations Permanences d'Accès aux Soins du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (PASS)

Les consultations PASS du CHI de Créteil accueillent et prennent en charge les personnes vulnérables à travers une offre de soins, l'ouverture de droits et l'orientation vers des professionnels spécialistes. Les populations touchées sont principalement des habitants de Créteil et des migrants avec une moyenne d'âge de 20-40 ans.

Les freins à l'accès aux soins repérés par les ■ professionnels sont liés à :

■ **La méconnaissance du système**

L'absence de couverture sociale (90% des patients à la ■ 1^{ère} consultation)

L'absence de pratique de la langue

La vulnérabilité des personnes prises en charge se caractérise par le stress et le traumatisme liés à l'immigration, des pathologies infectieuses ou non prises en charge dans le pays d'origine, les pathologies psychosomatiques ou encore celles qui sont liées à la précarité.

Les réponses apportées par le PASS de Créteil se font par des actions vers l'environnement comme des rencontres avec les autorités, les professionnels... et des actions vers les personnes à travers la médecine ordinaire, la délivrance des médicaments, l'orientation vers les médecins spécialistes ou encore le recours à des traducteurs.

Intervention

Maxime Cauterman
Médecin



Les principaux mécanismes de vulnérabilité sociale

■ Centre Local d'Information et de Coordination du secteur 3 - CLIC 3

Les CLIC sont à la disposition des personnes âgées de 60 ans et plus, de leur famille, et entourage et des professionnels qui les accompagnent pour apporter conseil, soutien, orientation et coordination.

Le CLIC 3 intervient principalement dans l'accès aux droits, l'aide administrative, le logement, la santé et l'offre de soins. Il reçoit aussi des signalements d'adultes vulnérables en situation complexe.

Les critères de vulnérabilité repérés sont :

- la présence d'une ou **plusieurs pathologies** chroniques évolutives
- La **déficience de l'aide** apportée par l'entourage (*isolement, épuisement de l'aidant...*)
- L'**inadéquation persistante de l'aide professionnelle**

proposée en fonction des besoins (*refus de la personne ou son entourage, absence du service adapté, manque de ressources...*)

■ Le **défaut chronique dans la gestion budgétaire** (*suspicion d'abus de faiblesse...*)

■ L'**inadaptation du logement** aux limites fonctionnelles, l'incapacité à adapter un logement

Les réponses apportées par le CLIC 3 passent par la définition du parcours de la personne, des partenariats actifs notamment avec la ville et l'hôpital et le développement d'actions de soutien aux aidants.

Intervention
Céline Bouillet
Coordinatrice

Travailler et agir ensemble : articulation des professionnels et des associations

■ Réseau santé mentale d'Ivry sur Seine

Issu du Contrat Local de Santé d'Ivry sur Seine, le réseau de santé mentale s'est élargie au fil des années et se constitue aujourd'hui de professionnels de secteurs, institutions et hiérarchies différentes (médecins, médiateurs, psychologues, bailleurs, point information jeunesse (PIJ) ...). Cette diversité d'acteurs locaux permet de toucher un large public comme les enfants, les ados, les jeunes, les familles, les personnes en situation de précarité, les locataires, les personnes âgées, les usagers de la santé...

Ce réseau réuni ainsi en moyenne une vingtaine de partenaires à chaque réunion, toutes les six semaines.

Ces réunions abordent de manière alternative :

- la **présentation de situations complexes** par des professionnels de terrain, rendues anonymes, pour renforcer l'interconnaissance entre acteurs

■ l'**échange de ressources et de pratiques**, le partage de réflexions thématiques (les soins sans consentements, la situation de handicap etc.)

L'autre objectif du réseau est le relais d'actions d'information et de promotion de la santé mentale comme la semaine d'information en santé mentale (événement national).

Monsieur Kitémo, médiateur social à l'OPH d'Ivry témoigne de l'importance de ce réseau pour des situations rencontrées dans son quotidien. Les participants, étant, des interlocuteurs qui lui permettent de l'accompagner, comprendre les situations et les résoudre.

La participation au réseau est bénéfique à la fois pour l'exposant de la situation complexe à travers un soutien et une bienveillance sans aucun jugement dans les



Les principaux mécanismes de vulnérabilité sociale



réponses fournies. Et à la fois pour les autres participants qui bénéficient de la réflexion pour résoudre une situation similaire, rencontrée ou à venir, dans leur vie professionnelle.

Le réseau santé mentale d'Ivry sur Seine a comme perspective de s'intégrer dans un Conseil Local en Santé

Mentale (CLSM) encore à construire, en étant attentif à l'ensemble des caractéristiques qui en découle.

Intervention

Laetitia Carment

Coordinatrice

Prince Kitemo

Médiateur social de l'OPH d'Ivry

■ Réseau santé de proximité, Créteil solidarité, projet de centre de ressources territorial « santé et vulnérabilité »

Suite à l'ouverture de la PASS externe présentée précédemment, les médecins impliqués se sont retrouvés face à des problématiques auxquelles ils n'étaient pas formés. Ainsi, un rapprochement entre professionnels (médecins, psychiatres et assistantes sociales) s'est fait progressivement. Accompagnés de chercheurs, plusieurs réflexions ont vu le jour permettant de construire des pratiques traversant le sanitaire et social, la ville et l'hôpital.

L'observation des demandes décroisées des usagers (comme la demande de gestions des droits au médecin ou des plaintes de douleurs à l'assistante sociale) a amené les professionnels à se réunir pour évoquer une situation dans le cadre du secret partagé, l'utilisateur étant informé.

Deux champs se sont développés : la réflexion à partir des pratiques et l'éclairage théorique.



Les principaux mécanismes de vulnérabilité sociale

L'objectif de ce réseau est de pouvoir témoigner auprès des décideurs politiques, participer à la mise en cohérence des actions et des acteurs sur le champ de la vulnérabilité, se doter d'outils communs et rester dans la démarche qualité.

Plusieurs pôles d'activités se sont créés autour du réseau, de la promotion de la santé, de l'accompagnement des parcours et des professionnels (développement de formations et de groupes d'analyse des situations).

Le docteur Elgozhi donne l'exemple du dispositif Sentinelles, à travers lequel, l'analyse de situations permet aux professionnels concernés de se sentir soutenu et d'avoir une possible solution pour l'utilisateur.

Intervention

Bernard Elgozhi - Médecin

■ Réseau de santé mentale Joinville-le-Pont—Saint-Maur des Fossés

Créé en 2014, l'objectif principal du réseau est de pouvoir soutenir les professionnels, les accompagner dans la recherche de solutions et leur apporter des réponses.

Trois axes principaux sont présentés :

L'instance « Adulte vulnérable » : une situation complexe, anonyme, est analysée avec les partenaires qui le souhaitent. Ce temps de réflexion est important pour les professionnels, leur permettant parfois de les sortir d'une impasse.

Des réunions plénières thématiques : tous les deux mois, des partenaires en lien étroit avec la problématique, ayant des compétences spécifiques sont invités. Mieux se connaître et mieux comprendre le fonctionnement des uns et des autres permet une meilleure coordination lors d'une intervention. A travers ces rencontres, il s'agit d'être au plus près du terrain et de maintenir un lien permanent avec ces partenaires.

L'accès à la culture par le partenariat avec 25 lieux d'art et de création. Permettant de rompre l'isolement, les personnes peuvent avoir accès à des conférences ou des ateliers. La santé n'est pas uniquement celle du psychisme et du corps, c'est aussi cet accès à la culture.





Intervention
Chantal Pernin - Psychologue clinicienne
D. Sgambato - Responsable du CLIC 4



Bibliographie

■ Ouvrages collectifs

Célan N., Dourgnon P., Guillaume S., Pierre A., Rochereau T., Sermet C. (Irdes), ***L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats***, Questions d'économie de la santé Irdes n° 198. 2014/05.

Dourgnon P., Evrard I., Guillaume S. (Irdes), ***Vers un système d'information sur le coût des soins, les remboursements des couvertures obligatoire et complémentaire, et les restes à charge réels des ménages. Bilan et perspectives du projet Monaco***, Questions d'économie de la santé Irdes n° 194. 2014/01.

Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. ***Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé***. Economie Publique, 2012/1-2, n° 28-29, 123-147.

Dourgnon P., Or Z., Sorasith C., ***Les inégalités de recours aux soins en France, retour sur une décennie de réformes***. ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique), 20 ans de santé publique - Dossier coordonné par Basset B., Demeulemeester R., Jouglé E., n° 80, 2012/09, 33-35.

Lebert F., Boitte P., De Bouvet A., Pasquier F. ***Particularités éthiques de l'accompagnement des malades Alzheimer « jeunes »***. Soumis le 1/01/11 à la revue Psychologie et neuro-psychiatrie du vieillissement.

Le Boulanger S., Jouglé E., Pomarède R., Talleg A. Avec les contributions de Coldefy M., Com-Ruelle L., Dourgnon P., Lucas-Gabrielli V., Sermet C., et al. ***Santé en France : problèmes et politiques***. Paris : HCSP, La Documentation française, collection Avis et Rapport, 2015/03, 175p.

Legros Michel, Bauer Denise, Goyaux Nathalie, ***Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale - Groupe de travail "Santé et accès aux soins" : Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins***, Décembre 2012, Ministère des affaires sociales et de la santé, Edition 2014 de l'Observatoire du CISS sur les droits des malades – Santé Info Droits, 54 pages.

Petiau A. et Pourtau L., ***« L'intervention sociale auprès des squatteurs. Eléments pour la sociologie d'une jeunesse marginale »***, in Dartiguenave J.-Y., Moreau C. & Savina M., Identité et participation sociale des jeunes en Europe et en Méditerranée, Paris, L'Harmattan, 2013.

Sous la direction de P. Chauvin et I. Parizot. Avec la collaboration de S. Revet. ***Santé et recours aux soins des populations vulnérables***, Collection Questions en santé publique, INSERM, DIV, Paris, 2005: 325 p., ISBN : 2-85598-837-3.

■ Ouvrage

Petiau A. & Pourtau L.: ***Vivre en squat, un bohème populaire***, CNRS Editions 2014

■ Articles

Acef Saïd, Aubrun Pascal, ***« Soins somatiques et autisme, lever les obstacles pour réduire les inégalités. »***, Santé Publique 5/2010 (Vol. 22), p. 529-539.

Larcher Pierre, ***« Déterminants sociaux et inégalités de santé. »***, Revue Projet 3/2008 (n° 304), p. 57-63.

Dinechin Olivier, ***« Les poussées d'un droit à la santé. »***, Revue Projet 3/2008 (n° 304), p. 37-45.

Médecin du monde, Rapport - ***Observatoire de l'accès aux droits et aux soins des plus démunies en France, rapport 2014***, octobre 2015.

Petiau A. et Pourtau L., *La participation de populations marginalisées à la recherche-action, le cas des squatters en Ile-de-France*, Interventions économiques, 2011.

Pfister Valérie, Guiboux Loriane, Naitali Juliane, « *Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner.* », Informations sociales 2/2014 (n° 182), p. 100-107.

Pourtau L., De Oliveira J.-P., & Ferrand-Bechman D., « *Les bénévoles dans les associations de lutte contre le cancer en France : Dépasser un engagement fondé sur l'être et la construction identitaire* », Les tribunes de la santé, 42, 2014.

Thouvenin Dominique, Delcey Michel. *Usagers du système de santé : connaissez & faites valoir vos droits !*, 2014.

L'état de santé de la population en France - Édition 2015, Etudes et statistiques.

■ Revue

Les inégalités de santé. Les Tribunes de la santé 2014/2 (n° 43). 120 pages.





Zoom sur ...

Paul Dourgnon



Paul Dourgnon est économiste et directeur de recherche à l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Lauréat de la bourse Harkness 2016-2017 du Commonwealth Fund, les domaines de recherches de Paul Dourgnon sont axés sur les inégalités sociales de santé et de recours aux soins, l'évaluation des politiques publiques en santé et la méthodologie d'enquête/systèmes d'information en santé.

Responsable du pôle de recherche, Inégalités de santé, Paul Dourgnon mène d'autres recherches notamment sur l'étude des besoins de soins non satisfaits ou encore sur des sujets tels que « l'interaction médecin-patient et inégalités de santé » et « l'évaluation du dispositif du médecin traitant ».

Valéry Montourcy



Valéry Montourcy, avocat au Barreau de Paris, a créé en 2008 un cabinet d'avocats (www.montourcy-avocats.fr) exclusivement consacré au droit des majeurs protégés (tutelles, curatelles, sauvegardes, défense des victimes d'abus de faiblesse, internements psychiatriques), une matière qu'il enseigne en qualité de conférencier à l'Université dans le cadre du D.U. M.J.P.M (Panthéon Assas Paris II) et du D.I.U. L'expertise médicale en droit des majeurs protégés (Paris Descartes / Paris Est Créteil). Titulaire d'un D.E.S.S. de droit notarial, d'un D.E.A. de Théorie et Pratique du Procès, et d'un certificat de sciences criminelles, il tient également une chronique en droit des majeurs protégés dans la revue A.J. Famille (éditions Dalloz) et dans la Gazette du Palais. Il tient également sur legavox un blog dédié au droit des majeurs protégés.



Zoom sur ...

Jean-Philippe Cobbaut



Jean-Philippe Cobbaut est juriste, philosophe et docteur en santé publique. Directeur du centre d'éthique médicale à Lille, il est également professeur d'éthique médicale dans cette même université. Il enseigne l'éthique et le droit de la santé à la Faculté de Médecine et de Santé Publique de l'Université Catholique de Louvain.

Il a aussi été membre du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, chercheur au Centre de Philosophie du Droit de l'UC Louvain, chercheur visiteur à la Harvard Law School, Secrétaire Général de la Confédération des Associations Familiales de l'Union Européenne (COFACE). Il est membre de plusieurs associations scientifiques et de collectifs nationaux et internationaux de recherche.

Ses travaux de recherche portent principalement sur les mutations de la médecine contemporaine et les questions éthiques qui en découlent du point de vue des relations de soins, des organisations et des politiques de santé.

Jean-philippe Cobbaut est à la fois intervenant et chercheur en éthique clinique et organisationnelle. Il est aussi impliqué dans plusieurs travaux de recherche-action émancipatoire visant à soutenir l'autodétermination et la participation sociale de collectifs de personnes en situation de handicap.

Anne Petiau



Anne Petiau, sociologue, est responsable du centre d'Etude et de Recherche Appliquées (CERA). Chercheuse associée au LISE depuis 2014, elle est également en responsabilité du service de recherche de deux centres de formation en travail social et d'une association.

Ses travaux de recherche sont axés sur les publics et les acteurs de l'intervention sociale ainsi que les parcours sociaux. Actuellement, ses travaux portent notamment sur les populations marginalisées, leurs modes de vie et trajectoires, et sur l'intervention sociale auprès de ces populations.



Remerciements

L'Udaf du Val-de-Marne a voulu une rencontre dynamique, d'échanges, en prise directe avec les acteurs de terrain mais aussi des usagers dont nous avons une responsabilité partagée sur le droit et l'accès aux soins.

Leurs témoignages, fil conducteur de cette biennale sont un éclairage intéressant et riche d'enseignements.

Nous tenons à remercier l'ensemble des intervenants sans lesquels la construction de cette manifestation n'aurait pas été possible. Paul Dourgnon, Valéry Moutourcy, Jean-Philippe Cobbaut d'avoir accepté de nous délivrer leur expertise. Céline Bouillet, Laetitia Carment, Maxime Cauterman, Bernard Elghozi, Isabelle Hallier, Vanessa Jimeno, Prince Kitemo, Anne Petiau, Chantal Pernin, Dominique Sgambato pour leurs témoignages sur l'action portée au quotidien auprès des publics vulnérables. Tous, nous permettant un regard bienveillant et professionnel dans nos pratiques.

Enfin, nous tenons à remercier les usagers et mandataires associés aux films-témoignages réalisés à l'Udaf du Val-de-Marne (disponible sur notre site internet).

Françoise Souweine, Présidente



Notes



LES CAHIERS DE L'UDAF DU VAL DE MARNE

Directeur de publication : Françoise Souweine

Comité de rédaction : Leila Hamdaoui, Pauline Darsin, Christelle Dos Santos

Janvier 2018

4a boulevard de la gare, 94470 Boissy-Saint-Léger
01 45 10 32 32 — udaf94@udaf94.fr
www.udaf94.fr



Intertek

cofrac
CERTIFICATION
DE SYSTÈMES
DE MANAGEMENT
ACCREDITATION
COFRAC
N° 4-0014
PORTÉE
DISPONIBLE SUR
www.cofrac.fr