



**Conservatoire National
des Arts et Métiers (CNAM)**
292 rue Saint-Martin - 75003 Paris

Jeu 06 Avr 23
9h-18h

Début de la journée scientifique
9 heures 45

INTRODUCTION

Dr Florence Rigal,

Présidente de Médecins du Monde (Mdm)

Bonjour à tous, c'est avec plaisir que Médecins du Monde vous accueille pour la huitième journée scientifique de la santé humanitaire et solidaire. Depuis 2015, nous souhaitons que cette journée réunisse différents acteurs concernés par les mêmes enjeux.

L'action humanitaire a différentes facettes et nous allons nous concentrer aujourd'hui sur la recherche opérationnelle. Nous voulons un monde où le droit à la santé sera effectif. Le sujet de santé est donc bien politique dans tous les sens du terme. C'est une ONG idéaliste, mais très pragmatique et qui est donc concernée par une recherche qui ne fait pas que produire des savoirs. Il s'agit également de répondre aux besoins d'innovation et prendre en compte les besoins de santé des personnes les plus vulnérables. C'est la recherche qui sert un plaidoyer et nous aide à faire bouger les lignes afin de nous rapprocher de leurs besoins.

ÉTAT DE SANTÉ : QUELLE POLITIQUE DE LOGEMENT ?

**CHRISTIAN LAVAL, SOCIOLOGUE À
LYON, REPRÉSENTANT MDM À LA
COMMISSION NATIONALE
CONSULTATIVE DES DROITS DE
L'HOMME (CNCDH)**

Un certain nombre de données montre que le logement est un déterminant majeur de santé, mais cela ne suffit pas pour que les politiques de santé s'alignent sur la question.

**JUAN DIEGO POVEDA AVILA, RÉFÉRENT
SCIENCES SOCIALES, MDM.**

**Perception de l'impact des habitats instables,
indignes, informels et insalubres sur la santé**

**des femmes enceintes et en post-partum,
Nantes.**

Nous avons identifié quatre catégories d'habitat : habitat instable, informel, indigne et insalubre. Le sans-abrisme est un phénomène en progression depuis quelques années, et dans cette problématique nous rencontrons la situation des femmes enceintes ou en post-partum. Celle-ci a été constatée par des professionnels de santé qui se rapprochent de structures associatives. L'hôpital se retrouve à faire office d'hébergement d'urgence pour épargner des situations problématiques à ces femmes et leurs enfants. Les études montrent des impacts sur les suivis de grossesses, le risque de complications et de conséquences pour l'enfant.

Les résultats de l'étude ont montré que la santé mentale et l'insécurité alimentaire étaient perçues comme les dimensions les plus impactées en relation avec les habitats. La souffrance et la fatigue physique, les complications, le risque infectieux et l'aggravation des pathologies chroniques ont été reliées aux conditions de l'environnement physique qui caractérisent ces habitats. Les membres de l'entourage ont été identifiés comme source de soutien moral dans les moments de difficulté, ayant un effet positif sur la santé mentale. Les facteurs qui impactent le suivi de grossesse identifiés sont les longs temps d'attente, la barrière de la langue et la peur du COVID-19. Les priorités déclarées sont l'accès à un logement adapté, la capacité à travailler et avoir une situation administrative régulière dans un but d'indépendance, et enfin la santé.

Ces résultats ont été présentés dans une collection de rapports scientifiques en français et en anglais en libre accès dans des notes politiques et dans une illustration imagée. Des restitutions ont été faites également au sein de la population en organisant des moments d'échanges et aboutissant à une mobilisation locale. Les résultats sont également utilisés dans des actions de plaidoyer politique auprès de la mairie de Nantes, le sous-préfet, le centre

hospitalier universitaire (CHU) de Nantes ou la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS). Depuis 2020, de nouveaux dispositifs d'hébergement sont proposés par les différentes associations, cependant ils restent peu adaptés. Les solutions proposées ne sont toujours pas à la hauteur des besoins.

Cette étude pose la question de l'accessibilité des connaissances scientifiques. La recherche opérationnelle permet d'aider à (ré)activer des dialogues inter et intra-acteurs. Se pose également la question de la valorisation des résultats, qui est dépendante des supports adaptés. Un pilotage coordonné entre l'opérationnel et l'académique apparaît nécessaire.

**STÉPHANIE VANDENTORREN,
COORDINATRICE PROGRAMME
INÉGALITÉS SOCIALES ET
TERRITORIALES DE SANTÉ PUBLIQUE
FRANCE.**

**Population sans domicile et COVID-19 :
Améliorer la prévention et les actions grâce
à la mobilisation des connaissances.**

Pendant la crise, nous avons constaté une aggravation des inégalités sociales de santé, notamment pour les personnes en absence de logement. Les populations sans domicile ont connu un risque accru d'infection en raison d'une promiscuité dans les lieux de vie, une difficulté à mettre en place les gestes barrières, les difficultés d'accès aux soins et aux droits ainsi qu'une certaine invisibilité sociale. Ces populations ne sont pas détectées, ce qui favorise la contamination et des retards de soins conséquents.

La scoping revue a montré que les facteurs facilitants et limitants étaient différents dans l'initiation et dans la complétion du schéma vaccinal. Les facteurs limitants sont la compétitivité des besoins pour l'initiation de la vaccination, et pour la complétion la menace d'éviction et l'expulsion.

Pour les savoirs expérientiels, des études qualitatives ont été réalisées à l'étranger avec

une prise en compte de la situation sociale. Des entretiens ont été menés auprès d'acteurs décisionnels français autour de quatre enjeux : l'intention et l'adhésion vaccinale, les spécificités populationnelles, les stratégies IEC (d'information, d'éducation et de communication) ainsi que les dispositifs et actions d'accompagnement. Cela nous a permis d'identifier cinq thématiques : l'être ensemble, l'aller vers et (r)amener vers, le faire ensemble, le faire avec et le respect de la temporalité. Un webinaire a permis un échange entre chercheurs, acteurs et décideurs dans une optique de mobilisation de connaissances et permettant une certaine réactivité des politiques publiques de par leur intégration au processus.

L'étude PREVAC montre que les facteurs associés à la vaccination étaient l'âge, la précédente hospitalisation pour COVID-19, la maîtrise du français, la présence d'un statut administratif, la couverture maladie, le suivi par un médecin traitant, avoir eu une information sur la vaccination par un travailleur social et ne pas avoir internet ou suivre les médias. L'hésitation vaccinale est plus due à la peur du vaccin qu'à des problèmes d'accessibilité et dépend du type de logement.

Les dispositifs de communication mis en place nécessitent une adaptation de l'information aux contexte et conditions de vie, une information au bon moment et une facilitation de la compréhension. Le réseau mobilisé a montré son agilité, sa réactivité et son efficacité, mais se pose la question de la temporalité, qui a été accélérée en situation d'urgence, et montre le besoin d'une souplesse institutionnelle. Nous pouvons nous interroger sur l'effet opportuniste du COVID-19.

**THOMAS BOSETTI, PSYCHIATRE ET
COORDINATEUR PROGRAMME AILSI,
MDM**

**Alternative à l'Incarcération par le Logement
et le Suivi Intensif à Marseille.**

Nous nous intéressons à des personnes avec des troubles psychiatriques sévères et qui ont commis un délit amenant à un déferrement

au tribunal judiciaire de Marseille. Notre public rencontre également des difficultés de logement. Nous identifions des personnes avec de gros besoins d'accompagnement et nous accompagnons l'instance pour mettre en place des parcours alternatifs de rétablissement afin de les sortir de la judiciarisation.

Les acteurs locaux de Marseille ont été consultés pour lutter contre le phénomène des portes battantes. L'administration pénitentiaire fait de la recherche et objective également le manque d'efficacité de ses actions. Le logement est clairement un déterminant de récidive ainsi que de santé. Il existe des modèles alternatifs, notamment le suivi intensif et du rétablissement pour accorder à ces personnes une vie satisfaisante. Ces équipes de recherche-action ont développé des stratégies d'accompagnement médico-locales dès 2010. En 2014 nous avons essayé d'obtenir un financement de l'ARS sur la commande d'une recherche expérientielle avec quatre suivis. Nous avons réorienté ce financement pour une autre étude croisée avec les résultats de jugement. Les éléments de contexte influent grandement sur la décision pénale. A délit équivalent, pour des problèmes psychiatriques ou de logement, les mandats de dépôt étaient systématiquement plus importants à hauteur de 60%, 80% quand les deux situations se rencontrent.

La recherche est mise d'emblée au centre du projet pour financer l'action, l'évaluation et permettre à l'État de rembourser les financeurs. Cela permet également de lever des questions éthiques pour remplacer les enjeux moraux au centre de la politique, ainsi que de calibrer l'intervention.

Beaucoup de questions se posent car il est très complexe de réunir autant d'acteurs et nous ressentons une pression sur les inclusions. Nous accompagnons vingt-huit personnes contre quarante prévues, ce qui pose des questions en matière de remboursement. Nous avons cependant pu mettre en place quatre mesures de remédiation et nous voyons que les choses sont en train

de rentrer dans l'ordre. Ce système est pourtant censé exister pour des projets à risque. La recherche-action avec un modèle de financement incluant la recherche-action est passionnante, mais cela n'est pas à faire pour l'urgence.

GESTION DES RISQUES SANITAIRES ET POLITIQUE DE PRÉVENTION

STÉPHANIE NGUENGANG WAKAP, RESPONSABLE DU PÔLE RECHERCHE ET APPRENTISSAGES, MDM

L'accès aux moyens de prévention est un enjeu majeur lorsqu'il s'agit de la gestion des risques sanitaires. Nous discuterons de la place de l'utilisation des « données massives » dans la prise de décision des politiques.

AUORE CAMIER, RÉFÉRENTE ÉPIDÉMIOLOGIE, MDM

Étude de la pertinence de l'algorithme de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le district sanitaire de Baskuy, Ouagadougou, Burkina Faso.

Le cancer du col de l'utérus est fréquent et pourvoyeur d'une forte mortalité dans les pays à faibles revenus. Ce cancer est à 99% dû à une infection à l'HPV (Human Papillomavirus), assez courante et généralement asymptomatique. Dans certains cas, l'infection persiste jusqu'à des lésions précancéreuses. Plusieurs stratégies viennent dépister le cancer à différents stades : IVA (inspection visuelle à l'acide acétique), HPV ou frottis. L'IVA est la stratégie nationale en vigueur au Burkina Faso, et Médecins du Monde veut potentialiser les avantages de chaque méthode en combinant IVA et HPV. L'HPV limite le nombre de faux négatifs et l'IVA limite les faux positifs et le risque de sur-traitement. Cette prise en charge de Médecins du Monde a déjà été évaluée dans des études précédentes, la déclarant acceptable et faisable dans ce contexte.

Le projet pilote a débuté en 2019 au sein de

neuf centres de santé primaire dans le cadre d'un partenariat avec des organisations de la société civile. Il s'agit de proposer un traitement directement dans les centres de santé primaire. Si les deux tests sont négatifs, la patiente est invitée à recommencer l'algorithme un an après, sinon des traitements sont proposés. Le but est que la patiente obtienne l'accès à l'ensemble de l'algorithme en une visite. Cette prise en charge a été basée sur des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), convenues avec le ministère de la Santé et de l'hygiène publique. En 2021, Médecins du Monde a proposé de le réviser en se basant sur la proposition de l'OMS de réaliser ce dépistage à partir de trente ans et de privilégier l'IVA pour les 25-30 ans, cependant les partenaires souhaitaient des données scientifiques. Il s'agissait donc d'évaluer la pertinence du dépistage pour les femmes de 25 à 29 ans comparées aux tranches d'âges supérieures.

Cette étude rétrospective multicentrique a été réalisée à partir des données individuelles des patientes, des caractéristiques du prélèvement et du traitement, ainsi que des données du Genxpert. 9.200 femmes ont été dépistées dont 1.300 positives à l'HPV. Après le dépistage IVA, 98 ont été détectées positives. 83 femmes ont été traitées, dont 70 directement au centre de santé primaire, pour quatre cas de cancers avérés.

La moyenne est de 300 tests par mois, avec un âge médian de 35 ans et une prévalence de l'HPV de 15%. La prévalence de l'HPV varie selon le centre et l'âge. Parmi celles-ci, le taux de positivité de l'IVA est de 7,8%, avec un taux d'IVA très faible chez les 25-29 ans. Celles-ci ont le taux d'HPV positif le plus élevé, mais le taux d'IVA positive le plus faible.

L'étude de la stratégie en une visite a montré que seulement 52% des femmes étaient éligibles, car il fallait un laboratoire sur place. Seulement 24% ont eu la séquence mise en œuvre le même jour, mais le nombre de femmes perdues de vue n'est que de 10%. La tranche d'âge la plus à risque montre très peu de perdues de vue. Le génotype d'HPV le plus

fréquemment rencontré est le P3 à 40%, et les moins retrouvés les 16 (13%) et 18-40 (15%).

Le risque d'avoir une IVA positive est près de deux fois plus important pour les génotypes à risques comparés aux autres génotypes. La prévalence du VIH était relativement faible dans la population générale, mais élevée à 2% pour les femmes porteuses de l'HPV. 85% des femmes vivant avec le VIH sont coinfectedes VIH/HPV. Un test positif à l'HPV est associé à une probabilité 33 fois plus importante d'être également infecté au VIH.

Ces résultats ont été partagés avec les parties prenantes pour changer l'âge ciblé pour la campagne de dépistage et pour guider le choix du type de vaccin à utiliser pour la campagne nationale de vaccination. Il faut étudier si l'algorithme peut être supporté par les centres de santé sans déséquilibrer leur fonctionnement ainsi que les scénarios de dépistage.

ELISE LESIEUR, RESPONSABLE NUTRITION ET SANTÉ, ACTION CONTRE LA FAIM (ACF)

Évolution des protocoles de prise en charge de la malnutrition aiguë : entre la production de preuves scientifiques et les enjeux politiques.

La malnutrition aiguë se caractérise comme une pathologie liée à des carences nutritionnelles majeures et d'autres facteurs comme des maladies infantiles ou des pratiques de soin difficilement mises en œuvre. 45 millions d'enfants dans le monde sont en malnutrition. En cas de complication, ces enfants sont pris en charge et sont surveillés à l'hôpital avant d'être basculés en ambulatoire pour une prise en charge médicale. Pour la malnutrition modérée, la prise en charge est en ambulatoire via des conseils diététiques. Des rations alimentaires peuvent être distribuées en cas de crise aiguë. Environ 30% des enfants malnutris aigus ont accès au traitement, ce qui reste faible. La qualité des programmes est encore insuffisante avec des taux de guérison faibles ou des rechutes. Ces projets sont difficilement

soutenables en raison du coût élevé qui est difficilement intégré aux systèmes de santé. ACF cherche des solutions et souhaite développer de nouvelles approches dans une promotion de doubles standards.

Le cadre normatif de l'OMS donne comme critère l'indice poids taille et/ou le périmètre brachial et/ou des œdèmes nutritionnels. La prise en charge médicale comprend un aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE). Il apparaît un recoupement entre les différents phénotypes. L'implémentation des doubles standards concerne l'abandon de l'indice IPT et l'utilisation des seuils de périmètre brachial (PB) plus élevés pour l'éligibilité à l'ATPE.

ACF essaye de produire des preuves pour combler les manques dans la construction du cadre normatif. ACF collecte des indicateurs biochimiques et cliniques, avec comme principal indicateur la leptine. Les résultats montrent des arguments contre l'abandon de l'indice poids taille. Le cadre normatif de l'OMS est mis à jour de façon régulière avec des modifications marginales faute de nouvelles preuves. Nous constatons une faible prise en compte des preuves, qui évoluent lentement et restent parcellaires fautes d'acteurs et de fonds. ACF entend participer aux processus, contribuer aux preuves scientifiques et communiquer auprès des États.

Sur le plan opérationnel, les enjeux politiques ont engendré la mise en place de protocoles nationaux avec des modifications majeures par rapport à ces recommandations. Il y a beaucoup d'attentes sur les prochaines guidelines de l'OMS. ACF participe à un processus parallèle lancé par l'OMS et UNICEF sur un guide opérationnel décliné des recommandations normatives. Quels seront les compromis entre faisabilité opérationnelle et recommandations scientifiques ? Nous soutenons le maintien du leadership de ces processus et favorisons des processus participatifs.

ACF soutient la mise en œuvre des recommandations de l'OMS et reconnaît que dans certaines circonstances, l'utilisation du

PB peut être une solution. Dans ce cas, l'analyse de l'impact de ce changement de protocole sera nécessaire.

ACF insiste sur la qualité de la méthodologie mise en œuvre pour faire des recherches opérationnelles qui vont orienter les pratiques. Il est déterminant pour une telle ONG d'avoir en place des compétences scientifiques internes dédiées permettant de discerner les enjeux scientifiques des enjeux opérationnels pour faire évoluer les pratiques. Il n'y a pas d'opposition entre recherche et politique : il faut discerner l'origine des arguments pour améliorer l'identification de solutions scientifiquement fondées.

PETER VICKERMAN, PROFESSOR IN INFECTIOUS DISEASE MODELLING, POPULATION HEALTH SCIENCE, UNIVERSITY OF BRISTOL

Reductions in HIV incidence following scale-up of harm reduction interventions among people who inject drugs (PWIDs) in Kachin, Myanmar 2008-2020.

Le Myanmar est la deuxième plus grande région productrice d'opium du monde. Les drogues injectées sont communes, et la région est troublée par des conflits en cours depuis 2012 et un grand nombre de populations déplacées. Les interventions pour les usagers de drogues injectables (UDI) incluent la fourniture d'aiguilles et de seringues ainsi que le traitement par agonistes opioïdes débuté en 2004. La thérapie de substitution par opioïdes combinés et les programmes de fournitures de seringues et d'aiguilles ont beaucoup augmenté au fil du temps.

Le projet consistait en l'usage du formulaire de test VIH dans les centres de Kachin pour développer un taux d'incidence du VIH chez les UDI et leurs partenaires sexuels, investiguer sur les tendances de l'incidence du VIH et identifier des facteurs associés à l'incidence du VIH. Généralement, ces personnes sont testées à leur première visite, puis de nouveau périodiquement si elles sont négatives. 20.761 personnes ont été testées positives dans ce centre entre 2008 et 2020. La prévalence du

VIH est la plus élevée chez les UDI avec 48,3%.

Concernant les méthodes, nous avons mis en lien les données de test VIH pour les personnes qui ont fréquenté ce centre sur la période, standardisé le formulaire pour chaque test pour obtenir des informations, et sommes intervenus conformément à ces informations. L'exposition au traitement par agonistes opioïdes est divisée entre les individus qui sont actuellement en thérapie et ceux qui ne le sont pas. Ces catégories sont utilisées pour voir si ceux qui suivent la thérapie ont moins de risques avant de la commencer ou plus de risques après l'avoir arrêtée.

13.057 personnes étaient négatives au VIH à leur premier test. 3.685 ont été par la suite de nouveau testées. Les données d'incidences montrent un suivi total de 8.976 individus avec 473 infections au VIH, et 93,9% de nouvelles injections parmi les UDI.

L'incidence du VIH estimée pour les UDI montre une incidence totale de 7,1% par an. L'incidence décroît de 75% de 19,3 à 5,2 sur la période 2008-2020. Le risque récent est associé avec une incidence accrue : sexe non protégé, injection de drogue, le partage de seringues ou le début récent de l'injection. Les interventions associées à une incidence réduite sont les programmes de fourniture d'aiguilles et de seringues ainsi que les traitements par agonistes opioïdes. La couverture de programmes de fournitures de seringues et d'aiguilles est corrélée avec une incidence plus faible sur les trois zones.

En conclusion, l'incidence du VIH est élevée parmi les UDI à Kachin, mais a baissé avec le temps. L'impact de l'intervention peut partiellement expliquer la décroissance de l'incidence, ou d'autres effets peuvent être à l'œuvre. Les interventions doivent se concentrer sur les nouveaux UDI qui sont à haut risque. L'analyse montre l'utilité de l'usage d'interventions de routine pour produire d'importantes bases de données d'incidence, identifier des tendances au fil du temps et

évaluer les interventions.

SANTÉ PUBLIQUE ET POLITIQUE SÉCURITAIRE

**HOUDA MERIMI, RESPONSABLE DU
PÔLE QUALITÉ DES PRATIQUES EN
SANTÉ, MDM**

Nous reprenons avec une réflexion autour des conséquences de la clandestinité des usages, des pratiques, voire des individus, qui entraîne la stigmatisation et la discrimination des personnes. Cela devient un obstacle à la santé des personnes.

**FRANCIS AKINDES, SOCIOLOGUE,
PROFESSEUR À L'UNIVERSITÉ
ALASSANE OUATTARA DE BOUAKÉ**

**Pratiques des avortements et conséquences
sur la santé des femmes en Côte d'Ivoire.**

Cette étude a été décidée en Côte d'Ivoire, où une grossesse sur quatre n'est pas planifiée. Le pays n'autorise l'avortement que pour sauver la vie de la mère, il existe cependant peu de chiffres du fait de cette interdiction. La pratique existe pourtant avec une prévalence de 42,7%. Ces avortements sont responsables de 15% des décès maternels. La littérature révèle une forte stigmatisation de sa pratique malgré l'ampleur du phénomène. Le plaidoyer en faveur du principe de sécurisation des avortements fait face à de nombreux défis. Il faut comprendre l'écart entre la pratique des avortements clandestins et la pratique institutionnelle.

L'analyse de la demande sociale de l'avortement montre que la disponibilité d'offres clandestines, par exemple de « médicaments chinois », contribue à structurer une trame d'avortements clandestins, favorisant l'accès à ces services. Il en vient que les femmes concernées sont majoritairement jeunes, célibataires, vulnérables du fait de leur position socio-économique et des difficultés d'usage de la contraception. En l'absence d'accès à la prévention, l'orientation vers l'avortement est

de plus en plus utilisée comme mode de régulation de la fécondité au regard de la disponibilité de cette offre de service clandestine. Cela a contribué à une liberté sexuelle précoce et à un usage laxiste des moyens contraceptifs malgré les efforts consentis en ce sens. Par ailleurs, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) n'est pas diminuée par une baisse de l'offre ou une tentative de limitation. L'interdiction a créé de fait un marché informel avec tous les risques sanitaires que cela peut engendrer. L'avortement est notamment utilisé par peur de la honte et du déshonneur. La peur des parents est également très présente dans un contexte de dépendance socioéconomique des femmes.

L'étude a révélé que l'expérience de l'avortement est individuelle et difficile à partager pour celles qui l'ont vécue. L'interdiction empêche la création d'espaces d'échanges sur la conduite à tenir dans une telle situation. Les informations informelles circulent, ce qui favorise la prise de risque le long de ces réseaux. L'interdiction de l'avortement a paradoxalement répandu cette pratique de par la confiance placée dans le produit et dans la légitimité des acteurs du circuit. Le misoprostol de Pfizer est une molécule rare dans les pharmacies et a été remplacé par les médicaments chinois. Quelle que soit la méthode choisie, l'avortement se fait dans la discrétion et dans un cercle restreint. Ce réseau se fonde sur l'expérience vécue des proches et la supposée efficacité des produits abortifs. L'informalisation contrainte de la pratique d'avortement constitue un risque majeur pour la santé des femmes, surtout quand elles font face à des complications. Le choix entre services publics et circuit informel dans le cadre de complications relève d'un arbitrage quant à la perception de ceux-ci. L'analyse de la perception des conséquences de l'avortement montre qu'il est perçu comme une solution radicale au problème, salvatrice avant celui-ci et coupable ensuite.

Les dispositions institutionnelles montrent

deux perceptions chez les acteurs : un déni de la réalité par l'Etat, mais également une application sélective de la loi. L'Etat semble inciter les femmes à avorter clandestinement, mais à ne pas se faire prendre. La perception de la pertinence de la réglementation divise les prestataires de santé entre les pro-législation et les réformistes. Des acteurs non étatiques essayent discrètement d'influencer les décideurs dans un sens ou dans l'autre.

**MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE,
SOCIOLOGUE, CHARGÉE DE
RECHERCHE À L'INSERM – CENTRE
D'ÉTUDE DES MOUVEMENTS SOCIAUX
(CEMS)**

**L'impact de la pénalisation de l'usage de
drogues sur les trajectoires socio-sanitaires
des usagers en France.**

Ce projet de recherche devait initialement être mené en France et en Côte d'Ivoire, mais la recherche a dû être arrêtée pour des raisons politiques.

La France est souvent présentée comme un modèle de réduction des risques grâce à la grande accessibilité des traitements de substitution aux opiacés et à sa large diffusion de la réduction des risques grâce à des financements publics pérennes. Ce modèle reste très biomédical. Néanmoins, la France possède l'une des législations les plus répressives d'Europe à l'égard des personnes qui consomment des drogues. L'usage des drogues est réglementé par la loi du 31 décembre 1970, qui introduit un paradoxe en considérant les usagers à la fois comme des criminels et comme des patients « toxicomanes ». Au niveau collectif, l'usage de drogues est un véritable obstacle à la mise en place de dispositifs de réduction des risques en France, comme le montre la récente controverse sur les salles de consommation à moindres risques ou Haltes Soins Addictions.

Au niveau individuel, la pénalisation renforce la stigmatisation des personnes qui consomment des drogues dans la société. Cette politique prohibitive a également un impact négatif sur l'accès à la santé et l'inclusion

sociale des personnes qui ont peur d'être arrêtées et/ou ne se sentent pas légitimes à la prise en charge.

La reconnaissance des droits sociaux, sanitaires et politiques des personnes qui consomment des drogues a du mal à être entendue par les politiques français, lorsqu'elle n'est basée que sur des chiffres issus de la recherche en santé publique.

Les données empiriques mettent en évidence que la loi française est obsolète et déconnectée des réalités. Tous les récits soulignent que le traitement policier et judiciaire cible principalement les consommateurs de drogues qui vivent dans les conditions les plus précaires et qui sont racisés.

L'ambiguïté fondamentale de la loi de 1970 réside dans la définition de l'usager, désigné comme malade et délinquant, et le qualifiant comme victime et auteur du délit d'usage. Cela dénote d'une incohérence dans la gestion des pratiques d'usagers en France. L'enquête de terrain a également relevé des difficultés liées à cette action dans l'accompagnement des publics usagers, notamment dans le cas de la présence de la police aux abords des structures et des violences relevées dans les trois villes. Ces qualificatifs en lien avec la déviance sociale et le traitement des usagers comme des délinquants ont un impact sur la prise en charge des usagers : renvoyés à ces images négatives d'eux-mêmes, ils ont tendance à avoir moins recours aux dispositifs existants.

Malgré l'inscription de la réduction des risques dans la loi de santé de 2004, cette politique est fragile, en raison de la pénalisation des drogues et du statut paradoxal de la réduction des risques dans un contexte de prohibition. Notre recherche a montré que l'accès aux seringues est parfois difficile, même dans les grandes villes, avec de nouvelles générations de professionnels moins impactés par l'hécatombe de l'épidémie du VIH comme dans les années 1980-1990. La stigmatisation des personnes qui consomment des drogues joue également un rôle délétère.

Les usagers ont fait part de pratiques abusives

concernant le prix de vente des Steribox. Ce coût va amener les usagers en situation de précarité sociale à limiter l'achat en pharmacie. Les données quantitatives mettent en évidence qu'en France, 30% des personnes déclarent avoir rencontré des difficultés à se procurer des seringues dans les six derniers mois, et l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) montre que les seringues distribuées en France ne couvrent que la moitié des besoins. La France accuse également un retard conséquent en matière de réduction des risques en milieu carcéral.

Notre recherche a mis en évidence que la pénalisation des drogues rend les vies des personnes qui consomment des drogues plus vulnérables face aux risques de santé et de stigmatisation. Il existe pourtant aujourd'hui des alternatives à la prohibition, soutenues par les organismes internationaux : la réduction des risques et la décriminalisation de l'usage.

**LOUISA BEN ABDELHAFIDH,
RÉFÉRENTE QUALITÉ DES PRATIQUES
– MEAL UNIT MANAGER, MDM
BELGIQUE**

Accès à l'IVG des personnes en situation de migration sans titre de séjour en Belgique.

En Belgique, le droit à la santé pour les personnes en séjour irrégulier et certaines catégories de ressortissants européens est garanti par la procédure AMU. Il faut ne pas avoir de titre de séjour, séjourner sur le territoire du centre public d'action sociale (CPAS), ne pas avoir les moyens financiers pour payer les soins médicaux et avoir besoin de soins médicaux attestés par un médecin. Une enquête sociale est réalisée par les assistants sociaux du CPAS. Dans les faits, 10 à 20% des bénéficiaires potentiels sont touchés, les délais sont très problématiques notamment pour les maladies chroniques ou l'IVG, les processus d'enquêtes sont opaques et la territorialité entraîne des difficultés d'application.

L'IVG reste dans le Code pénal, mais suspend les poursuites judiciaires si réalisées selon les

conditions prescrites par la loi. En 2018 l'IVG est sortie du Code pénal, mais les sanctions sont maintenues.

Le Hub humanitaire a commencé en 2017 à cause d'une crise du non-accueil. En 2021, 16,4% des femmes font partie des consultations médicales. Une première analyse des données en 2018 montre une augmentation du nombre de femmes en consultation, une facilitation de l'accès à l'IVG et une mise en évidence de violences.

Nous avons utilisé une méthodologie quantitative complétée par du qualitatif. 76 femmes de l'étude étaient enceintes dont 28 grossesses non désirées. Parmi elles, aucune n'a accès aux soins prénataux, trois ont dépassé le délai légal de 14 semaines et huit ont déclaré avoir subi un viol dont cinq auraient provoqué la grossesse.

Le retard dans le recours à l'IVG vient d'un manque d'information, de croyances sur les impacts sur la santé et du traumatisme quand la grossesse est issue d'un viol. Parmi les autres difficultés, il y a une mauvaise utilisation de la contraception et la difficulté d'accès à l'IVG médicamenteuse en raison de la barrière linguistique et des conditions de vie.

Nous avons proposé des boîtes à outils, avec une sensibilisation à la grossesse non désirée et au recours à l'IVG afin de pouvoir aborder ce sujet, la souplesse du cadre des activités et limiter au maximum les situations où elle doit être reportée, et la garantie d'une prise en charge rapide.

A la suite de ce rapport, nous avons décidé d'écrire une note à l'intention des politiques qui reprend les principaux obstacles et les bonnes pratiques locales. L'accès à l'IVG est un véritable parcours de la combattante pour les femmes en situation de grande précarité. Suite à cette note, de plus en plus de CPAS sur le terrain ont eu recours à une procédure accélérée pour le cas de l'IVG.

PLACE DE LA SCIENCE DANS

LE CHANGEMENT DES POLITIQUES PUBLIQUES

**JEAN-FRANÇOIS CORTY, MÉDECIN,
MEMBRE DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION DE MDM**

Médecins du Monde est un acteur dont les principes d'action se fondent sur la pratique de terrain et la production de savoir, mais nous nous confrontons à des tensions entre enjeux sanitaires, économiques et sécuritaires, où les décisions publiques interrogent en n'allant pas dans l'intérêt général. Nous réfléchissons sur les conflits de légitimité, sur les conflits d'intérêts et sur les différents leviers d'action.

**PATRICK ZYLBERMAN, PROFESSEUR
ÉMÉRITE D'HISTOIRE DE LA SANTÉ,
ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ
PUBLIQUE (EHESP)**

Nous nous trouvons face au problème du conflit de légitimité. Dans une démocratie, la parole autorisée est celle du peuple. Quand elle fait fructifier la recherche scientifique, c'est sa parole qui s'exprime, mais les deux ne s'accordent pas toujours. Cela peut entraîner un conflit que nous ne savons pas résoudre. Dans le cadre du COVID-19, il y a eu des éléments de gestion défailants, et ces défaillances étaient dues à une méconnaissance de l'esprit scientifique.

Le pseudo-rationalisme consiste à croire que chaque problème a une solution unique et une prescription unique. La défiance latente de l'opinion publique envers la parole scientifique n'est par ailleurs pas une nouveauté de l'histoire. Il faut également tenir compte du complotisme et des campagnes de désinformation. Je n'emploierai pas pour autant l'idée de scepticisme généralisé, car cela impliquerait une contestation de la science. Il s'agit plutôt d'une contestation de la croyance en la science. Les scientifiques ne parlent qu'à l'opinion et que de l'opinion que l'on a de la science, et non de la vérité. Sous

prétexte de science, nous restons prisonniers de l'opinion.

Il y a quatre familles de pseudo-sciences, parmi lesquelles les sciences anti-establishment qui contredisent les affirmations scientifiques tout en répliquant les sciences admises par la communauté scientifique.

Dans les défilés antivaccins, nous retrouvons une forme de carnaval mi-rituel, mi-politique, contre une science qui ne tient compte que des éléments abstraits de la crise sanitaire et qui ne s'intéresse pas à l'expérience des patients. Le Pr Raoult, à cet égard, représente une science anti-establishment qui réplique les sciences admises par la communauté scientifique tout en contredisant leurs affirmations. Il a pesé sur le débat scientifique, mais l'opinion publique a également pesé sur lui. Il serait un saint guérisseur en formation de par l'opinion publique. Cela illustre une polarisation entre la parole scientifique et la parole du peuple en démocratie, et la tension insoluble qui en résulte.

IRÈNE FRACHON, PNEUMOLOGUE AU CHU DE BREST, PRATICIENNE HOSPITALIÈRE ET LANCEUSE D'ALERTE

L'agence du médicament a été condamnée de blessure et homicide involontaire par négligence dans l'affaire du Médiator. Au cours du procès, de multiples conflits d'intérêts sont apparus au sein de l'agence qui ont joué à plein pour permettre au laboratoire d'exercer une puissante influence pour protéger la commercialisation d'un produit dérivé de l'amphétamine dangereux. Le laboratoire a délibérément caché la présence de ce métabolite pour préserver la commercialisation du Médiator, présenté faussement comme un antidiabétique. Entre 1997 et 2009, des millions de Français ont consommé du Médiator et des milliers en sont morts, des centaines de milliers ont des lésions cardiaques irréversibles, sévères pour des dizaines de milliers.

Des experts ont été condamnés pour des prises illégales d'intérêt. Servier a été condamnée pour tromperie et homicide

involontaire, mais a fait appel. J'ai appris à la fin de l'année 2022 que se tiendrait un colloque scientifique de haut niveau, « COVID AN III » à la faculté historique de Paris, rassemblant des experts, dont le Pr Fischer. Ce colloque de prestige est mis sous le sponsor de l'Institut Servier auquel tous les participants sont priés de s'inscrire. J'ai signalé le fait que cela détruirait la confiance déjà fragile dans la parole des unités sanitaires. Il m'a été répondu que le laboratoire n'était pas interdit d'exercice. Le Pr Fischer a renoncé à sa participation à la suite de mon alerte, puis le colloque a été annulé.

Le Médiateur est devenu une sorte de symbole pour illustrer la parole des "antivax", au point que je n'ai pas pu laisser passer cette récupération politique. J'ai recommandé à tous de se vacciner, notamment avec les vaccins ARN. J'en ai parlé au Pr Fischer, et des patients réfractaires ont été sensibles à cette injonction, ma prise de parole ayant été un tremblement de terre pour la sphère complotiste. L'affaire de ce colloque m'a fait voir l'absence de prise de conscience par les autorités sanitaires les plus respectables de l'impact justifié de ces conflits d'intérêts sur l'opinion publique.

De la même façon, j'ai découvert l'année dernière un appel d'offres gouvernemental pour la relocalisation de la fabrique de médicaments en France. Je me suis aperçue que Servier voulait recevoir une subvention publique de 800.000 euros pour la même usine qui a fabriqué des millions de boîtes de Médiator. Cela concernerait des médicaments avec service faible. Servier a extorqué 50 millions d'euros à l'Etat pour rembourser une partie des dommages à rembourser aux victimes.

Le Médiateur a été un crashtest, car, bien que la gravité de ce crime industriel fasse l'unanimité, cela n'a pas ébranlé les intérêts d'un complexe médico-industriel imbriqué dans un système où le conflit d'intérêts est la norme et échappe à toute règle éthique.

KÉVIN JEAN, ÉPIDÉMIOLOGISTE, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AU

CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET MÉTIERS (CNAM)

Je souhaitais partir des crises environnementales comme cas d'étude, car ces crises sont extrêmement bien documentées, trouvent un taux d'adhésion citoyen très bon, et pourtant les politiques publiques restent largement insuffisantes, voire contre-productives.

Le modèle de « mise à disposition » de la science implique que le rôle des scientifiques est de produire des informations qui permettent d'informer les décisions et qu'en possession de celles-ci, les décideurs et les citoyens ont les idées. Cependant, ce modèle repose notamment sur la bonne compréhension de l'information scientifique, sur le fait que les politiques et la société veuillent bien l'entendre ou que les scientifiques jouent à armes à égales avec des acteurs qui ont tout intérêt à travestir la vérité. Il mérite donc d'être repensé. Par ailleurs, la recherche semble partager une vision décorrélée des crises environnementales. Pourtant, les grandes orientations de la recherche sont à l'opposée d'une vision partagée de l'importance de la crise environnementale. Nous assistons donc à un renouveau des formes d'engagement des scientifiques, avec certains d'entre eux qui se positionnent là où ils ne sont pas attendus.

Ce renouveau essaye d'articuler de façon cohérente plusieurs modes d'action, avec la transmission, l'incarnation de l'exemplarité, la pensée des bouleversements et la désobéissance. La désobéissance civile des scientifiques est considérée comme justifiée si la situation dénoncée est injuste, elle est utilisée en dernier recours, elle est efficace, elle représente l'action la moins dommageable, elle prend en compte les spécificités dans les risques encourus. Les arguments en faveur de l'efficacité de la désobéissance civile sont que les formes d'actions tenant de la confrontation contribuent à façonner les politiques climatiques, c'est un mode d'action plus fréquemment victorieux, et grâce au niveau de confiance dont jouissent les

scientifiques. Malgré ces arguments éthiques et pragmatiques, se pose la question de savoir si les scientifiques engagés sont toujours dans leur rôle. Un rapport de l'Université de Lausanne rappelle que la participation au débat public est l'un des rôles de la communauté scientifique. Concernant l'argument de neutralité, la robustesse de la méthodologie scientifique la rend illusoire. Il faut accepter que la science porte des valeurs. Face aux crises environnementales, le principal risque pour l'institution scientifique tient peut-être dans le manque d'engagement. Il faut prendre acte du modèle de mise à disposition, profiter de la diversité des modes opératoires pour les articuler de façon complémentaire.

CONCLUSION

SOPHIE ZACCARIA, DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE DE LA FONDATION MÉDECINS DU MONDE

Je remercie les intervenants en présentiel ou à distance. J'ai noté l'inclusion des exclus, notre volonté de privilégier la reconstruction, l'écoute du terrain et le soin aux patients. C'est inhérent à nos fonctions. Nous gardons toujours en mémoire notre objectif d'influencer les décideurs, de faire évoluer les lois, le combat continue.

Fin de la journée scientifique

17 heures 30.



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)