



## Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

37 | 2014

Accès aux soins et protection sociale : une autre Europe est-elle possible ?

---

# L'Union européenne entre austérité et protection de l'accès aux soins

Frank Vanbiervliet

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2898>

ISSN : 2105-2522

### Éditeur

Médecins du Monde

### Édition imprimée

Date de publication : 1 mars 2014

Pagination : 36-45

ISSN : 1624-4184

### Référence électronique

Frank Vanbiervliet, « L'Union européenne entre austérité et protection de l'accès aux soins », *Humanitaire* [En ligne], 37 | 2014, mis en ligne le 25 mars 2014, consulté le 23 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2898>

---

Ce document a été généré automatiquement le 23 avril 2019.

© Tous droits réservés

---

# L'Union européenne entre austérité et protection de l'accès aux soins

Frank Vanbiervliet

---

*L'auteur remercie Nathalie Simonnot, directrice adjointe chargée des programmes nationaux, de la communication et du plaidoyer à Médecins du Monde, pour sa participation à la rédaction de cet article.*

- 1 Presque tous les États membres de l'Union européenne (UE) ont connu un recul de leur produit intérieur brut ces dernières années. Selon Eurostat, près de 26,2 millions de personnes étaient sans emploi en décembre 2013<sup>1</sup>. Le chômage touche en moyenne 23,2 % des moins de 25 ans, mais frappe particulièrement les jeunes en Espagne (54,3 %) et en Grèce (59,2 %). La réaction politique la plus évidente à cette crise est l'austérité – « Vivons selon nos moyens ». Pourtant, l'impact d'une crise économique sur une population et son système de santé est bien connu et documenté. Le nombre de suicides et la consommation d'alcool et de drogues augmentent, ainsi que la prévalence des maladies infectieuses. Un plus grand nombre de personnes se considère en mauvaise ou en très mauvaise santé. La demande de soins et la pression sur un système national de santé augmentent.

## Les populations les plus vulnérables prises en otage dans un essai clinique : l'austérité

- 2 David Stuckler et Sanjay Basu, des chercheurs en santé publique et économie politique, ont analysé des données provenant du monde entier pour comprendre comment des chocs économiques – de la Grande Dépression à l'effondrement de l'Union soviétique – ont affecté notre santé. Leur conclusion : les pays qui réduisent leurs budgets de protection sociale et de santé comme la Grèce, l'Italie ou l'Espagne, observent des impacts sur la santé nettement plus importants que ceux qui préservent leurs systèmes de protection sociale. Il vaudrait mieux, à l'image de l'Islande ou de la Suède, faire en sorte que la santé stimule l'économie. « L'austérité est mortelle. Mais en plus, chaque euro

investi dans les programmes de santé pourrait engendrer jusqu'à 3 € de croissance en économie », assènent les deux auteurs.

- 3 Dans l'introduction à leur ouvrage<sup>2</sup>, Stuckler et Sanjay Basu, un rien cyniques, remercient le lecteur de sa participation à l'essai clinique que représente l'austérité, « non prescrit par des médecins mais par des politiciens, économistes et ministres des Finances, sans consentement éclairé ni assurance de sécurité sanitaire ». Car en réalité, les effets secondaires de l'austérité sont mal connus par ceux qui ont prescrit le traitement, et le débat est dominé par l'idéologie quand il devrait se concentrer sur les faits...

## L'impact de l'austérité sur les systèmes de santé

- 4 En Grèce, plus d'un tiers de la population n'a plus d'assurance maladie. Les vaccinations essentielles n'y sont souvent plus accessibles pour des raisons financières. Un suivi prénatal ou un accouchement coûte 650 €, une fortune pour la plupart des familles aujourd'hui. Et les droits aux soins de santé pour ceux qui parviennent à introduire une demande d'asile sont de moins en moins respectés.
- 5 En 2012, le Parti populaire espagnol a voté un décret-loi excluant les migrants adultes sans papiers du système gratuit de santé publique – une « mesure d'urgence pour assurer la viabilité du système de santé », argumentait-on. Ce message d'exclusion est tellement bien passé que ce sont les femmes enceintes sans papiers et les enfants qui ont du mal à se faire soigner bien qu'ils aient dans la loi explicitement accès aux soins. Mais les réformes espagnoles ne touchent pas seulement les sans-papiers. Ainsi, la partie du coût des médicaments à la charge du patient est passée de 10 à 20 %, laissant de 40 à 60 % des coûts à la charge des patients (même pour les pathologies chroniques). Les personnes âgées sont touchées de plein fouet par de telles mesures. Et les exemples ne s'arrêtent pas là.
- 6 Selon les données recueillies par Médecins du Monde en 2012<sup>3</sup> dans 14 villes de sept pays de l'UE, auprès de 8 412 patients reçus lors de 19 302 consultations, 67 % des usagers déclarent percevoir leur état de santé comme médiocre. Ce taux est bien plus élevé que celui généralement observé chez les immigrés de plus de 50 ans en Europe (37,8 %), alors que l'âge médian de la population reçue dans les permanences MdM est de 34 ans. Enfin, alors que 28 % des usagers reçus déclaraient avoir un état de santé mentale mauvais ou très mauvais, ce chiffre monte à 50,8 % des patients en Grèce...
- 7 Le risque d'un dysfonctionnement généralisé, voire d'un démantèlement progressif du système de santé, est très faible en France. Au contraire, des mesures comme l'augmentation du plafond de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé démontrent la volonté du gouvernement de renforcer l'accessibilité aux soins de santé à un moment où le chômage augmente ; près de 600 000 nouvelles personnes devraient avoir une couverture maladie grâce à ces mesures. Ces efforts n'ont pourtant pas empêché un fort ressentiment populaire, dont la violence du débat autour des Roms est un excellent indicateur : la crise économique et la hausse du chômage conduisent à pointer du doigt des groupes qui étaient déjà confrontés à l'exclusion sociale avant la crise. Partout en Europe, les équipes de MdM sont confrontées à une augmentation alarmante de violences xénophobes.

## Crise sociale et montée de la xénophobie

- 8 Au Royaume-Uni – où le service national de santé universel était censé protéger chaque résident « du berceau à la tombe » –, le gouvernement vient de proposer des mesures qui rendraient beaucoup plus difficile l'accès aux soins des étrangers, en instaurant un paiement pour les urgences et certains soins de santé primaire. En ce qui concerne les Roumains et les Bulgares, le Premier ministre Cameron a expliqué qu'ils ne devaient « pas venir pour profiter de la protection sociale ». Or, des années de recueil de données au Royaume-Uni et ailleurs en Europe nous permettent de prouver que le « tourisme sanitaire » des migrants vulnérables que nous recevons est tout simplement un mythe. Parmi les raisons évoquées pour motiver la migration, les problèmes de santé comptent pour 1,6 %, loin derrière la guerre (5,8 %) et la survie économique (42,8 %). En outre, la méconnaissance des systèmes de santé et de leurs rouages administratifs forme les principales barrières à l'accès aux soins. Tenter d'instrumentaliser l'accès aux soins afin de réguler les flux migratoires est non seulement contraire à toute éthique, mais également inefficace.
- 9 En juillet 2013, le ministre grec de la Santé réintroduisait un décret rendant obligatoire le dépistage des hépatites, du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles pour les usagers de drogues, les prestataires de services sexuels tarifés, les sans-papiers et les sans-abri. Plus tôt, en avril 2012, des travailleuses du sexe avaient été traînées de force vers un dépistage. Celles qui étaient séropositives ont été détenues et leurs photos ont été rendues publiques dans les médias<sup>4</sup>. Une telle stigmatisation a surtout pour effet de limiter davantage un accès réel au dépistage et au traitement précoce. Le gouvernement grec, qui assure la présidence de l'UE entre janvier et juin 2014, annonce dans son programme que « travailler sur l'impact des illégaux sur les systèmes de santé » sera une priorité dans les mois à venir, mais il ne dit rien de l'impérieuse nécessité de rétablir l'accès aux vaccinations et d'assurer le suivi prénatal.

## L'Union européenne et la santé

- 10 Selon certains, la Troïka – alliance du FMI, de la Commission européenne et de la Banque centrale européenne – imposerait des programmes d'austérité similaires aux politiques d'ajustement structurel qu'ont eu à subir les pays en voie de développement dans les années 1980 et 1990<sup>5</sup>. Ces politiques ne furent pourtant pas un franc succès... Pour d'autres, la préservation d'une union économique et monétaire nécessite forcément une coordination étroite des politiques économiques et fiscales, avec un respect de certaines conditions de la part de *chaque* pays y participant. L'Europe n'impose pas seulement ces politiques à la Grèce. En 2009, la Commission a également ouvert une « procédure pour déficit excessif » visant la France. « Il est impératif que les dépenses publiques de la France croissent beaucoup moins vite que le PIB [...]. Étant donné l'augmentation attendue des dépenses publiques de santé à moyen et long terme, une plus grande surveillance et une meilleure efficacité des dépenses publiques dans ce domaine s'imposent<sup>6</sup>. »
- 11 Le mandat de la Commission en matière de politiques de santé ne cesse de s'élargir, dans le cadre de la bonne gouvernance budgétaire. Pourtant, le traité de Lisbonne – les prémices de la « constitution européenne » en quelque sorte – a été rédigé de telle façon

que, en dehors de simples recommandations, l'Europe ne puisse pas intervenir directement en matière de santé. En effet, le principe de subsidiarité implique que les États membres ne transfèrent à l'Union européenne que les compétences nécessitant une gestion commune. Il en va ainsi de la réalisation d'un marché unique, de la protection des consommateurs, de la stabilité des prix, d'une partie de l'aide au développement et de l'aide humanitaire, de la politique d'externalisation du contrôle des frontières et des flux migratoires, etc.

- 12 Les interventions de la Troïka ne sont pas toujours transparentes, ni pour le grand public, ni pour les réseaux européens qui plaident pour des systèmes de santé publique plus équitables. La santé n'est pas souvent prise en compte lors de l'assainissement des finances d'un État membre. Certains responsables politiques nationaux vont même jusqu'à compter sur ce manque de transparence, en présentant des mesures impopulaires – prises strictement à leur niveau – comme étant « imposées par l'Europe ». Paradoxalement, la « subsidiarité » est invoquée par les institutions européennes face à tous ceux, comme l'OMS, qui demandent une couverture santé universelle. Un socle commun transnational de protection sociale est loin de voir le jour, d'autant que l'idée même d'un débat à ce sujet ne fait pas consensus. Pire encore, la « subsidiarité » est également ce qui empêche les institutions et les fonctionnaires européens, souvent véritablement sensibles aux observations d'une ONG comme Médecins du Monde et ardents défenseurs des droits de l'homme et du droit à la santé, d'agir fermement et de façon contraignante envers les États membres.

## Les institutions qui plaident pour un accès aux soins universel

- 13 Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) – une des agences décentralisées de l'UE – recommande explicitement aux États membres d'inclure les détenus, les usagers de drogues par voie intraveineuse, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les sans-papiers ainsi que les travailleurs du sexe dans leurs dispositifs de dépistage anonyme et volontaire et de traitement du VIH. L'ECDC déconseille vivement les politiques de stigmatisation observées en Grèce. Il sensibilise également les acteurs de santé publique à la nécessité de toucher l'ensemble des populations par les campagnes de vaccination – en particulier les populations confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité.
- 14 L'Agence européenne des droits fondamentaux (FRA), quant à elle, incite les États à aller plus loin en matière de droits pour les sans-papiers ou les Roms : garantir un accès aux soins allant au-delà des services d'urgence et ceci sans barrières administratives ou linguistiques ; ne pas arrêter des personnes sans-papiers lorsqu'elles vont se faire soigner ou accompagnent leurs enfants à l'école ; informer davantage les personnes directement concernées de leurs droits en matière de santé ; inciter les victimes de crimes de haine à les signaler et veiller à ce que leurs auteurs répondent de leurs actes... Ce ne sont que quelques-unes des « opinions » de la FRA, puisque cette agence n'a pas le mandat politique pour formuler de véritables « recommandations » à l'attention des États membres. Mais c'est bien sur ses avis que s'appuient toutes les plates-formes européennes plaçant pour davantage de droits dans l'UE.

- 15 L'ONG Médecins du Monde demande<sup>7</sup> de protéger les plus vulnérables et de garantir leur accès aux soins en temps de crise. En juillet 2013, le Parlement européen reprenait presque intégralement ses propositions<sup>8</sup> en exigeant notamment que l'impact des mesures d'austérité soit documenté de façon plus détaillée, et que « le processus du semestre européen<sup>9</sup> ne se concentre pas seulement sur la viabilité financière des systèmes de Sécurité sociale, mais tienne aussi compte des incidences possibles sur la dimension de l'accessibilité et de la qualité des services de soins ». Le Parlement ne parle pas uniquement du droit fondamental à la santé, mais également de l'impact négatif financier du nonaccès aux soins des personnes vulnérables. La santé sexuelle et reproductive, les Roms, les ressortissants européens pauvres, les personnes sans-abri, les sans-papiers ont particulièrement retenu l'attention des eurodéputés.
- 16 En février 2013, la Commission européenne a préconisé aux États – à travers sa recommandation « Investir dans l'enfance pour briser le cercle vicieux de l'inégalité » – d'assurer l'accès aux soins des enfants de parents en séjour irrégulier. La Commission essaie également de pousser les États à développer des stratégies nationales d'intégration des Roms qui comprennent notamment un volet santé<sup>10</sup>. Certes, ces recommandations n'ont pas de force contraignante. Mais dans la mesure où elles sont validées en Conseil des ministres ou négociées au sein d'un Parlement constitué de représentants élus démocratiquement, elles ont tout de même un poids politique certain et constituent donc un instrument utile pour la société civile. Face à la polémique récente autour de la levée des mesures transitoires qui permet désormais l'accès des Bulgares et des Roumains au marché du travail, la Commission européenne a déclaré à plusieurs reprises que les ressortissants européens qui s'appuient sur leur droit à la libre circulation sont des contributeurs nets aux systèmes de protection sociale des pays de destination. Le coût total pour les soins de santé des « migrants » intra-européens est estimé à 0,2 % en moyenne des budgets nationaux de santé<sup>11</sup>. La Commission n'hésite donc pas à se positionner clairement face à la rhétorique populiste de certains, en s'appuyant sur des chiffres recueillis à l'aide de la méthodologie rigoureuse qui fait sa réputation.
- 17 Lorsqu'une base légale claire existe, la Commission peut aller plus loin en lançant une procédure d'infraction, comme cela a été le cas contre l'Espagne récemment<sup>12</sup>. Dans ce pays, contrairement à la France, tous les soins prodigués par le système de santé de droit commun y sont généralement gratuits. La carte européenne d'assurance-maladie (CEAM) reconnaît donc à son détenteur le droit de recevoir ces soins « dans les mêmes conditions » que les résidents espagnols. Mais depuis les réformes, le nombre de plaintes contre des hôpitaux publics s'est multiplié : certains prestataires refusaient en effet la CEAM et exigeaient un paiement immédiat. Les interpellations informelles dont a été l'objet le gouvernement espagnol n'ayant pas abouti à un résultat satisfaisant, la Commission a donc lancé cette procédure d'infraction en mai 2013, au motif que « l'Espagne manque clairement aux obligations qui lui incombent en vertu du droit de l'UE ».

## La santé au service de la croissance ?

- 18 Exiger des réformes drastiques du système de santé, considérées parfois anticonstitutionnelles, mais invoquer la subsidiarité lorsque la société civile alerte ces mêmes autorités quant aux conséquences de l'austérité : cette façon d'agir est le reflet d'un malaise profond au sein des institutions européennes. Le programme de la Direction

générale de la santé et des consommateurs (DG SANCO) couvrant la période 2014-2020 – « Santé en faveur de la croissance » – révèle que la Commission aurait comme ambition d'aider les États à trouver « le juste équilibre entre la garantie d'un accès universel à des services de santé de qualité et le respect des contraintes budgétaires », tout en luttant contre les inégalités de santé. Mais plutôt que de mettre l'accent sur la santé comme une valeur en soi, elle l'aborde sous l'angle de la croissance économique : « Seule une population en bonne santé peut réaliser tout son potentiel économique. [...] Le secteur des soins de santé est l'un des plus importants dans l'Union européenne [puisqu'] il représente environ 10 % du PIB de l'Union et emploie 10 % de la main-d'œuvre. »

- 19 Pour bâtir des systèmes de santé publique basés sur la solidarité, l'égalité, l'équité et l'accessibilité universelle, surtout en temps de crise, nous devrions encore et toujours calculer l'impact économique concret des mesures d'austérité. Ce serait la seule façon de convaincre les experts économiques et financiers au pouvoir du bien-fondé de nos demandes. Mais jusqu'où les professionnels de la santé sont-ils prêts à aller dans ce paradigme dominant ? Prendre en compte le bilan coût-efficacité des mesures de prévention ou de traitement à un niveau populationnel est évidemment utile. À titre d'exemple, cela aide les autorités à comprendre l'importance de n'accepter aucune poche d'exclusion lors des campagnes de vaccination. Mais ne faut-il pas, au-delà des bénéfices financiers, mettre en avant l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne qui précise qu'un « niveau élevé de protection de la santé humaine doit être assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union » ?

## Un plaidoyer pour les populations confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité

- 20 Depuis 2004, MdM a développé son travail de plaidoyer auprès de l'UE grâce à plusieurs publications internationales. Entre 2004 et 2008, lors des discussions sur la « directive retour », nous avons organisé une campagne pour la protection des étrangers gravement malades n'ayant pas d'accès effectif aux soins dans leur pays d'origine. Le Parlement européen a voté en faveur de mesures visant à les protéger contre l'expulsion, mais ces mesures ont été rejetées par le Conseil. L'ONG a publié deux rapports sur la santé des sans-papiers en Europe (2007 et 2009). Le projet « Huma » a permis la publication de deux rapports, l'un portant sur les législations relatives à l'accès aux soins dans 11 États membres de l'UE (2009), et le second sur l'accès aux soins à Chypre et Malte, en Pologne et en Roumanie (2011).
- 21 Nous avons aussi rédigé et largement diffusé une pétition auprès de professionnels de santé européens, dans laquelle ils s'engagent à soigner tous les patients, signée par 147 organismes de professionnels de santé et soumise au Parlement européen. Aujourd'hui, un nombre croissant de programmes de MdM participent au recueil quotidien d'indicateurs communs dans le cadre de l'observatoire de l'accès aux soins du réseau international de MdM. Depuis 2012, nous menons un nouveau projet de plaidoyer pour la promotion de la santé à l'échelle européenne.
- 22 En tant qu'ONG médicale, nous exigeons clairement le droit pour tous les professionnels de santé de fournir des soins, conformément aux codes de déontologie des professions médicales, à tous les patients, sans considération du statut administratif, de leur origine

ethnique ou de leurs ressources financières. Nous appelons à la création de systèmes de santé publique nationaux fondés sur la solidarité, l'égalité et l'équité, ouverts à toutes les personnes vivant dans l'UE, plutôt que des systèmes fondés sur une logique de profits. Malgré la crise et même à cause d'elle, nous demandons des systèmes de couverture maladie financièrement accessibles qui tiennent compte des revenus de chaque patient.

## L'accès aux soins : un enjeu essentiel des élections européennes de mai 2014

- 23 Le pouvoir du Parlement européen n'a cessé de croître ces dernières décennies, à l'image de ses prérogatives en matière de désignation des commissaires. En 2004, il a ainsi rejeté la candidature de l'Italien Rocco Buttiglione au poste de commissaire à la justice du fait de ses opinions contestables sur l'homosexualité (un « péché ») et les femmes (« leur place est au foyer »). En 2010, la candidate bulgare au poste de commissaire européen à la coopération internationale, à l'aide humanitaire et à la réaction aux crises, a préféré démissionner avant même l'issue du vote, suite à une audition difficile devant les eurodéputés. Le Parlement joue un rôle important dans la supervision de la Commission et pourrait même, en principe, la forcer à démissionner. Mais le Parlement contribue surtout, et de plus en plus, au travail législatif de l'Union européenne. Les eurodéputés peuvent donc avoir un véritable impact sur la direction que suivront la Commission et les États membres.
- 24 Les candidats des partis modérés aux prochaines élections européennes sont face à un défi que les partis eurosceptiques ou d'extrême droite leur posent. Ces candidats devront démontrer qu'ils ont entendu les difficultés vécues en Europe, en partie à cause des mesures excessives d'austérité, sans toutefois abandonner le projet européen. Ils devront montrer dans leur programme davantage de considération pour des mesures sociales qui protègent les populations. Une fois élus, ces députés auront une opportunité historique de constituer un leadership afin d'augmenter le niveau de protection sociale à travers l'Union. Tous les sondages l'attestent : la protection sociale et la santé sont toujours une préoccupation centrale pour les citoyens.

---

## NOTES

1. Voir le communiqué de presse Eurostat du 31 janvier 2014 et le tableau « Taux de chômage harmonisé par sexe » d'Eurostat.
2. David Stuckler et Sanjay Basu, *The Body Economic. Why Austerity Kills. Recessions, budget battles, and the politics of life and death* (« Le corps économique. Pourquoi l'austérité tue. Récessions, batailles budgétaires, politiques de vie et de mort »), Basic Books, 2013.
3. Pierre Chauvin, Nathalie Simonnot et Frank Vanbiervliet, *L'Accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie*, Médecins du Monde, avril 2013. Accessible via [www.mdmeuroblog.wordpress.com/resources/publications/](http://www.mdmeuroblog.wordpress.com/resources/publications/)



4. Zoe Mavroudi, « Ruines. Chronique d'une chasse aux sorcières séropositives », web documentaire (2013) accessible sur Youtube, [http://www.youtube.com/watch?v=LlbL4sQ3\\_Fo](http://www.youtube.com/watch?v=LlbL4sQ3_Fo)
  5. Oxfam international, « Le piège de l'austérité. L'Europe s'enlise dans les inégalités », 11 septembre 2013, [www.oxfam.org/fr/policy/piege-austerite](http://www.oxfam.org/fr/policy/piege-austerite)
  6. Recommandation du Conseil concernant le programme national de réforme de la France pour 2013 et portant avis du Conseil sur le programme de stabilité de la France pour la période 2012-2017, 29 mai 2013, [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/csr2013\\_france\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/csr2013_france_fr.pdf)
  7. Notamment dans son rapport d'avril 2013 : Pierre Chauvin, Nathalie Simonnot et Frank Vanbiervliet, *L'Accès aux soins en Europe...*, op. cit.
  8. Résolution du Parlement européen sur l'impact de la crise en ce qui concerne l'accès aux soins des groupes vulnérables, 4 juillet 2013, [www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0221+0+DOC+XML+V0//FR](http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0221+0+DOC+XML+V0//FR)
  9. Le « semestre européen » est un rapport de la Commission contenant des avis stratégiques sur les principaux défis économiques à venir que les États membres doivent intégrer dans leur projet de budget à soumettre annuellement.
  10. Communiqué de presse de la Commission européenne, « Roms : la Commission invite les États membres à intensifier leurs efforts pour intégrer ces communautés », 26 juin 2013, [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-13-607\\_fr.htm?locale=FR](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-607_fr.htm?locale=FR)
  11. DG Employment, Social Affairs and Inclusion via DG Justice Framework Contract, *A fact finding analysis on the impact on the Member States' social security systems of the entitlements of non-active intra-EU migrants to special non-contributory cash benefits and healthcare granted on the basis of residence*, Rapport final soumis par ICF GHK avec Milieu Ltd, 14 octobre 2013, révisé le 16 décembre 2013.
  12. Communiqué de presse de la Commission européenne « Carte européenne d'assurance maladie : la Commission exprime ses craintes face à l'attitude de certains hôpitaux publics espagnols », 30 mai 2013, [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-13-474\\_fr.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-474_fr.htm)
- 

## INDEX

**Index géographique :** Europe

**Mots-clés :** accès aux soins, action humanitaire, débat humanitaire/politique, gratuité des soins, Médecins du Monde (MdM), politique de santé, population vulnérable, précarité, Union Européenne (UE)

## AUTEUR

### FRANK VANBIERVLIT

Frank Vanbiervliet est le coordinateur de l'actuel projet européen de plaidoyer du réseau international de Médecins du Monde. Le fil rouge à travers son parcours professionnel – en tant qu'infirmier psychiatrique et anthropologue – est l'amélioration de la santé de populations exclues (personnes vivant avec une pathologie psychiatrique ou avec le VIH, travailleurs du sexe, personnes sans-abri et migrants).