

LIBERTÉ ÉGALITÉ SANTÉ

**LA SANTÉ POUR TOUS.
DES DROITS POUR CHACUN.**

liberte-egalite-sante.com



LIBERTÉ

ÉGALITÉ

SANTÉ

**PLAIDOYER POUR UN SYSTÈME
DE SANTÉ SOLIDAIRE**

MÉDECINS DU MONDE

LA SANTÉ POUR TOUS, DES DROITS POUR CHACUN

Le système de santé en France est reconnu comme performant, porté par un secteur de recherche dynamique et des structures de soins de qualité. Pourtant, aujourd'hui, ses failles sont importantes : la santé publique et la prévention y sont délaissées, les inégalités sociales devant la maladie et la mort se creusent.

On assiste notamment, depuis une quinzaine d'années, à un désengagement progressif de l'assurance maladie du financement des soins courants. Des forfaits journaliers, des participations forfaitaires et franchises ont été ajoutés au ticket modérateur et les dépassements d'honoraires se sont multipliés. Le « reste à charge » pour les personnes a donc continuellement augmenté⁽¹⁾, pour représenter aujourd'hui près d'un quart des dépenses de santé, payé soit par les ménages, soit par une complémentaire.

Et si la réforme de généralisation des complémentaires santé impose à toutes les entreprises de proposer une mutuelle à leurs salariés, elle institutionnalise également le rôle des complémentaires au détriment du rôle de la sécurité sociale. Or la santé relève du bien commun. Il est essentiel de préserver, voire de renforcer, un système public de sécurité sociale solidaire, auquel chacun contribue selon ses moyens, par les cotisations et l'impôt, et reçoit selon ses besoins.

FAVORISER L'ACCÈS AUX DROITS

Alors que de nombreux élus parlent du « choc de la simplification administrative », dans les faits nous assistons bien souvent à une complexité grandissante. Notamment pour les plus précaires, qui doivent lutter pour leur survie quotidienne. Les demandes de justification de domicile et de stabilité de la résidence, l'exigence d'un RIB, les expulsions des lieux de vie (bidonvilles, squats, rue, etc.) ou la disparition progressive des centres d'accueil complexifient l'accès à la couverture maladie pour ces personnes et compromettent le principe d'égalité d'accès aux services publics⁽²⁾.

1. Didier Tabuteau, *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, 2013.

2. Défenseur des droits, *Accueil téléphonique et dématérialisation des services publics. Les résultats d'une enquête mystère*, septembre 2016.

Ainsi, contrairement aux idées reçues, les personnes en situation de précarité ne profitent pas du système. Bien au contraire, beaucoup d'entre elles ne demandent pas les prestations auxquelles elles ont droit⁽³⁾.

GARANTIR DES SOINS POUR TOUS

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), créées par la loi cadre de juillet 1998 de lutte contre les exclusions⁽⁴⁾, garantissent théoriquement une porte d'entrée à l'hôpital pour tous ceux qui n'ont pas de couverture maladie. En pratique, moins de 400 PASS sur les 500 initialement prévues ont été mises en place et l'accueil inconditionnel, la prise en charge et la délivrance gratuite des traitements sont loin d'être la règle, alors que l'hôpital reste souvent l'unique recours pour les personnes en précarité.

Or les réformes de l'hôpital en cours sont massives : restructurations et fusions, suppressions de postes, baisse du nombre de lits, réorganisation de la gouvernance, généralisation de la tarification à l'activité, etc. Elles se traduisent par des files d'attentes plus longues aux urgences et une grande souffrance exprimée par le personnel soignant. Même constat dans les zones urbaines sensibles et les zones rurales où la désertification médicale s'accroît.

PROPOSITIONS

- **Maintenir le modèle de sécurité sociale collective et augmenter le niveau de remboursement des soins par la sécurité sociale.**
- **Appliquer le principe de simplification administrative, indispensable pour lutter contre le non-recours aux droits et aux soins.**
- **Réaffirmer la mission d'accueil inconditionnel de tous de l'hôpital et lutter contre la désertification médicale.**

3. C'est ainsi qu'en 2015, selon le Fonds CMU, un public de 5,4 millions de personnes seulement bénéficiait de la CMU-C, pour un public cible de 5,8 à 7 millions de personnes – soit un taux de recours de 77 % à 93 %. En revanche, les taux de recours et d'utilisation de l'ACS sont compris entre 22 et 33% en 2014, et seulement de 30 % et 43 % en 2015. Source : <http://www.cmu.fr/rapports.php>

4. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

SUR L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT : VERS UNE SÉCURITÉ SOCIALE UNIQUE

- Nombre de bénéficiaires de l'AME au 31 décembre 2015 : 316 214 personnes⁽⁵⁾.**
 - Budget prévu pour l'AME de droit commun pour 2017 (PLF 2017) : 772 millions d'euros⁽⁶⁾.**
 - Dépenses d'assurance maladie : 159 milliards d'euros versés en 2015.**
 - Le budget de l'AME ne représente que 0,48 % des dépenses d'assurance maladie.**
-

Si la loi instaurant la CMU en 1999 a représenté une avancée considérable pour l'accès aux soins de plus de 4 millions de personnes, elle a également pérennisé et isolé un système de couverture maladie pour les seuls étrangers en situation irrégulière : l'Aide médicale d'État.

Prestation sociale financée par l'État, l'AME vise à permettre l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, en situation de précarité (revenus inférieurs à 720 € par mois) et résidant en France depuis au moins trois mois. Elle doit être renouvelée tous les ans et les bénéficiaires ne disposent pas d'une carte vitale. Elle a connu des restrictions successives depuis le début des années 2000 (durée de résidence, réduction du panier de soins, etc.)

Or, du fait de leurs conditions de vie souvent précaires, les pathologies graves sont sur-représentées parmi les bénéficiaires de l'AME (pathologies liées au système nerveux, cardio-vasculaires, pathologies hématologiques, VIH, etc.). Et seul un accès précoce aux soins permet d'en prévenir une évolution défavorable. La prévention et l'accès à un suivi médical régulier sont donc essentiels pour ces personnes, indépendamment de la régularité de leur séjour. Essentiels tant en termes de santé individuelle que de santé publique. Car l'état de santé général du pays ne peut s'améliorer si la frange la plus précaire ne peut pas se soigner. Cette préoccupation doit amener les pouvoirs publics à garantir un accès aux soins et un maintien dans le soin simplifié pour les bénéficiaires de l'AME.

Si le coût de l'AME est parfois évoqué pour justifier sa suppression, il faut rappeler que les étrangers en situation irrégulière participent à la ressource publique : bon nombre d'entre eux travaillent, payent des impôts sur le revenu, la TVA ou encore la fiscalité locale. D'autre part, le budget de l'AME, certes en augmentation, reste extrêmement marginal par rapport aux dépenses de la branche maladie de la sécurité sociale - il ne représente que 0,48 % des

5. Source CNAMTS : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/pqe_maladie_2017.pdf

6. <http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance-publique/files/farandole/ressources/2017/pap/pdf/DBGPGMPGM183.pdf>

dépenses d'assurance maladie. Comme le montrent de nombreux rapports parlementaires, la gestion de l'AME est rigoureuse et la fraude extrêmement rare⁽⁷⁾.

SIMPLIFIER LES DÉMARCHES ET ÉVITER LA STIGMATISATION

La Protection universelle maladie (PUMA), réforme d'ampleur de l'assurance maladie, aurait pu être l'occasion de fusionner le budget de l'AME et celui du régime général de la branche maladie de la sécurité sociale afin de simplifier un dispositif complexe pour les usagers et les professionnels. Mais le choix a été fait de maintenir un dispositif séparé, moins lisible et plus fragile car régulièrement attaqué.

Aujourd'hui, l'accès aux soins des plus précaires est remis en question tous les ans quand le budget de l'AME est analysé, dans le cadre de l'examen du projet de loi de finances. Son existence même est menacée à chaque échéance électorale. Intégrer le dispositif de l'AME dans la sécurité sociale limiterait grandement les coûts de gestion de deux dispositifs parallèles, consoliderait le droit à la santé pour tous et éviterait une approche stigmatisante et des démarches contraignantes pour les plus précaires et les étrangers. Ils bénéficieraient ainsi d'une carte vitale, ce qui faciliterait le travail des caisses d'assurance maladie ainsi que des professionnels du secteur médico-social.

Simplifier ces démarches et éviter la stigmatisation, c'est ainsi limiter les ruptures de droits et de soins, faciliter l'accès à la médecine de ville et lutter contre le refus de soins.

De nombreuses institutions se sont déjà prononcées pour l'intégration de l'AME dans la sécurité sociale : le Conseil économique et social (2003), plusieurs rapports de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'inspection des finances (2007 et 2010), le Conseil national du sida, le Conseil national de politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion ainsi que le Défenseur des droits, dans un rapport sur les refus de soins (2014).

PROPOSITION

- **Pour une sécurité sociale pour tous : intégrer les bénéficiaires de l'Aide médicale d'État au régime général de la sécurité sociale.**

7. Rapport 2011 : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3524.asp>

Rapport 2015 : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3196.asp>

SUR LE PRIX DES MÉDICAMENTS : POUR UN SYSTÈME PLUS JUSTE

Le Sovaldi®, traitement contre l'hépatite C, est vendu au prix de 41 000 € par patient pour une cure de trois mois (la durée minimale de traitement).

La prise en charge des 200 000 personnes infectées chroniques par le VHC en France coûterait 10 milliards d'euros à l'assurance maladie.

En 2014 ont été mis sur le marché de nouveaux médicaments contre le virus de l'hépatite C, les antiviraux à action directe (AAD) - et plus spécifiquement le premier d'entre eux, le sofosbuvir, commercialisé en France dès novembre 2014 par l'industriel Gilead sous le nom de marque Sovaldi®. Si les AAD constituent une révolution thérapeutique dans la prise en charge des malades, ils ont aussi révélé des ruptures dans l'écosystème du médicament :

- Une rupture de prix : les prix demandés par les industriels pour les AAD atteignent des niveaux exorbitants que même les pays considérés comme riches ne peuvent pas absorber.
- Une rupture d'accès : parce que ces prix exorbitants génèrent des barrières financières, la France, comme la quasi-totalité des pays de l'OCDE, a restreint l'accès aux AAD.
- Une rupture de logique économique : une commission d'enquête du Sénat américain a démontré que l'unique critère utilisé par l'industriel pour fixer le prix du Sovaldi® était la recherche de la capacité maximale des États à payer.
- Une rupture dans le respect des règles de la brevetabilité : comme l'a démontré l'action en justice de Médecins du Monde contre le brevet du Sovaldi®, l'industriel n'a pas respecté les règles et a obtenu une protection juridique qu'il ne méritait pas ; or c'est en s'appuyant sur le monopole qu'il a pu extorquer aux États des sommes exorbitantes⁽⁸⁾.

Au-delà de la situation singulière de l'hépatite C, ce sont les règles de la fixation des prix des médicaments innovants qui sont aujourd'hui en jeu. Le Sovaldi® et les AAD contre l'hépatite C mettent en danger les principes fondateurs de solidarité et d'universalité de l'assurance maladie tels que définis par l'article L.111-2-1 du Code de la sécurité sociale. Alors que, avec 200 000 personnes infectées par l'hépatite C en France, notre pays n'a pas pu répondre aux besoins de tous les malades pour des raisons financières, comment le fera-t-il pour les malades du cancer, bien plus nombreux avec près de 400 000 nouveaux cas par an ? Car, malheureusement, la logique révélée par la mise sur le marché des AAD semble être la même pour les nouveaux médicaments en oncologie.

8. Décisions de la division d'opposition de l'Office européen des brevets, les 4 et 5 octobre 2016, qui ont retiré le sofosbuvir de la protection accordée par le brevet.

Aujourd'hui, les difficultés d'accès aux soins ne relèvent plus uniquement des barrières légales, administratives et sociales qui pèsent sur les plus vulnérables d'entre nous mais aussi, à terme, des barrières financières d'accès aux médicaments innovants pour l'ensemble des assurés sociaux.

RÉGULER LES PRIX DES MÉDICAMENTS

Certes les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux font l'objet d'un marché. Mais les médicaments ne sont pas des biens de consommation courante, et ce marché est atypique. Il est encadré par des règles de sécurité et de qualité nécessaires pour protéger la santé des populations, et sa solvabilité est essentiellement assurée par la ressource publique, alimentée par la cotisation sociale et par l'impôt. Il est dès lors naturel que l'État et ses organismes payeurs fixent des règles pour le prix du médicament.

Dans le cas de l'hépatite C, l'action du régulateur n'a pas été suffisante pour proposer les AAD à des niveaux de prix soutenables pour l'assurance maladie. Or le régulateur se refuse toujours à utiliser la licence d'office, un mécanisme prévu de longue date à l'article L 613-16 du Code de la propriété intellectuelle en France et ultérieurement intégré aux accords de l'Organisation mondiale du commerce⁹. C'est un acte de l'État qui met entre parenthèses la protection accordée par le brevet pour donner un cadre légal à la commercialisation de versions génériques (produites localement ou importées) contre versement de royalties au détenteur du brevet. Il est déclenché pour des motifs de santé publique, en particulier lorsque « *un prix anormalement élevé* » ne permet pas de soigner tous les malades. Aujourd'hui, déclencher la licence d'office sur les médicaments à base de sofosbuvir est le seul moyen d'agir véritablement et efficacement sur le prix des AAD, qui constitue la seule barrière à l'accès universel aux soins.

Une société protectrice de la santé, c'est aussi une société qui fait respecter les règles du jeu et qui n'a pas peur de les modifier lorsqu'elles sont mauvaises pour la santé.

PROPOSITIONS

- **Activer le mécanisme de la licence d'office pour les médicaments à base de sofosbuvir.**
- **Agir auprès de l'Office européen des brevets pour faire respecter les règles définies par la Convention sur le brevet européen de 1973.**
- **Réformer les règles du marché des produits de santé pour renforcer la transparence et la démocratie sanitaire et réviser le mécanisme de fixation du prix des médicaments innovants.**

9. L'Accord sur les aspects de droits de propriété intellectuelle associés au commerce (ADPIC) de 1994, qui constitue l'un des textes fondamentaux de l'OMC, sanctionne le brevet comme la norme mondiale pour les médicaments mais prévoit des flexibilités pour échapper à cette contrainte dans des situations de danger pour la santé publique (Déclaration de Doha, 2001).

SUR LA CRISE DE L'ACCUEIL ET DE LA SOLIDARITÉ : PROTÉGER LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

Au cours de l'année 2015, l'Europe a vu arriver sur son territoire plus de 1,2 millions de personnes, soit 0,25 % de la population de l'Union européenne.

**26351 personnes se sont vues octroyer une protection en France en 2016.
Un chiffre qui demeure très faible⁽¹⁰⁾.**

Selon l'Unicef, plus d'un réfugié sur trois dans le monde en 2016 est un enfant⁽¹¹⁾.

Selon Eurostat, 90 000 enfants séparés de leurs parents ou non accompagnés sont arrivés en Europe en 2015⁽¹²⁾ contre 25 000 en 2014.

L'idée d'une crise migratoire s'est imposée dans les discours politiques et les médias. C'est pourtant bien plus à une crise de l'accueil et de la solidarité que sont confrontées les personnes qui cherchent un refuge et une vie meilleure en France et en Europe. Cette crise est avant tout politique : l'Europe s'est inventée une menace migratoire. Il a manqué – et particulièrement en France – un discours fédérateur, à la hauteur des enjeux, exempt d'instrumentalisation politique, qui serait entré en résonance avec la solidarité citoyenne envers celles et ceux qui arrivent sur le territoire français.

L'Europe s'érige en forteresse et conclut des accords piétinant les Conventions internationales, dont celle de Genève relative au statut des réfugiés. L'accord UE-Turquie, mais aussi les projets d'accords de réadmission en cours de négociation avec le Soudan, l'Érythrée ou encore la Libye, mettent directement en danger la vie des migrants. Or ces migrations forcées – conséquences d'inégalités sociales, politiques, économiques, de conflits et de répressions d'États ou des effets du changement climatique – s'inscrivent dans la durée.

Présent tout au long du parcours migratoire de ces personnes, Médecins du Monde témoigne et dénonce les politiques anti-immigration de la France et de certains États européens qui se traduisent par des enfermements, des expulsions et des pratiques policières violentes.

Nous nous inquiétons des discours d'exclusion vis-à-vis des migrants qui ne cessent de se développer, de leur transposition dans les politiques françaises et européennes et de leurs

10. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Donnees-statistiques/Donnees-de-l-immigration-de-l-asile-et-de-l-acces-a-la-nationalite-francaise/Communique-de-presse-Diffusion-des-informations-statistiques-annuelles-en-matiere-d-immigration-d-asile-et-d-acquisition-de-la-nationalite-francaise>

11. https://www.unicef.org/publications/files/Uprooted_growing_crisis_for_refugee_and_migrant_children.pdf

12. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7244687/3-02052016-AP-FR.pdf/270f3b41-2f43-48c1-ba6d-c465cd7f5c0c>

conséquences sur l'accès aux droits et sur la santé des personnes. Nous nous inquiétons des débats publics qui opposent les précarités et mettent en concurrence des personnes vulnérables.

La période qui s'ouvre est cruciale. Il faut replacer l'accueil et la solidarité au cœur des discours et des politiques publiques en Europe et en France, et ce dès les débats électoraux à venir.

DES MINEURS EN DANGER

Les mineurs non accompagnés (aussi appelés mineurs isolés étrangers), sont de plus en plus nombreux parmi les migrants et réfugiés en Europe. Seuls, ils sont particulièrement exposés aux violences et aux risques d'exploitation par les passeurs et les trafiquants au cours de leur parcours migratoire.

Bien que le nombre de mineurs isolés en France soit difficile à déterminer, les associations estiment aujourd'hui qu'ils sont plus de 10 000 en métropole. Ce sont pour la plupart des garçons âgés en moyenne de 16 ans, mais la proportion de filles et de très jeunes enfants (9 à 10 ans) tend à augmenter. Originaires pour la majorité d'Afrique subsaharienne, mais aussi du Moyen-Orient et d'Europe de l'Est, ces enfants se retrouvent sur les routes de l'exil parce qu'ils ont fui la guerre, les violences ou les discriminations.

Faute de dispositifs leur permettant d'être repérés parmi les migrants adultes et protégés en tant qu'enfants, ils sont contraints de survivre dans des conditions qui les exposent à tous les dangers. À Calais, près de 2 000 enfants non accompagnés ont ainsi été livrés à eux-mêmes pendant des mois dans des conditions de vie indignes, victimes de trafics, de prostitution, de violences et risquant leur vie quotidiennement pour tenter le passage vers l'Angleterre. Dans la vallée de la Roya, des mineurs non accompagnés sont refoulés en Italie au lieu d'être protégés en tant qu'enfants en danger.

En France, la protection des mineurs non accompagnés se fonde sur le dispositif juridique de Protection de l'enfance qui est applicable à tout mineur en danger, sans condition de nationalité. Ainsi, chaque jeune se présentant comme mineur non accompagné doit être accueilli et mis à l'abri afin de bénéficier d'une évaluation de sa situation par les services départementaux de l'Aide sociale à l'enfance.

Or, parce qu'ils sont étrangers, ces enfants sont confrontés au doute et au soupçon. Leur identité et leur parole sont remises en question lors d'évaluations sommaires, subjectives et brutales, par le biais d'interrogatoires à charge, de tri au faciès et de tests médicaux controversés visant à les exclure de toute forme de protection. C'est ainsi que près de 70 % des mineurs non accompagnés ne sont pas pris en charge à l'issue de ces évaluations.

Lorsqu'ils bénéficient d'une protection, celle-ci se fait le plus souvent dans des conditions précaires, avec un accès compliqué à la santé, à l'éducation et aux droits. Là encore, en tant que mineurs étrangers, ils font l'objet de mesures dérogeant au droit commun de la protection de l'enfance : mise à l'abri à l'hôtel sans suivi social, création de dispositifs spécifiques (centres d'accueil et d'orientation pour mineurs isolés étrangers, foyers dédiés aux mineurs non accompagnés, placement dans des familles d'accueil bénévoles sans accompagnement, etc.)

PROPOSITIONS

- **Prendre toutes les mesures nécessaires pour repérer et identifier les mineurs non accompagnés et leur proposer une prise en charge immédiate dans le cadre de la protection de l'enfance.**
- **Assurer une évaluation de la situation des mineurs non accompagnés fondée sur des éléments objectifs et mettre un terme à la pratique de tests médicaux d'évaluation de l'âge.**

SUR LE DROIT INTERNATIONAL HUMANITAIRE : PROTÉGER LES SOIGNANTS ET LES LIEUX DE SOINS

Dans les situations de conflit armé, le droit international des droits de l'homme, le droit pénal international (DPI) et le droit pénal français viennent compléter le dispositif de protection des civils et des soignants. Les personnes qui ne participent pas aux combats doivent être protégées et épargnées. Le droit international humanitaire (DIH) énonce l'obligation faite aux parties prenantes au conflit de prendre toutes les précautions possibles pour éviter ou réduire au minimum les dommages infligés aux civils et aux biens de caractère civil.

Les attaques contre le personnel médical et les patients, ainsi que les attaques contre les installations médicales sont interdites au titre de la protection due aux civils et d'une protection particulière liée à leur statut d'acteur humanitaire. Pourtant les attaques contre les établissements médicaux et le personnel de santé se multiplient, rendant extrêmement difficile l'intervention des ONG. Elles constituent des crimes de guerre.

SANCTIONNER LES CRIMES DE GUERRE

En Syrie, au Yémen, en Afghanistan, en Irak – pour ne donner que quelques exemples – les attaques contre les patients et les personnels de santé pendant les conflits armés compromettent voire rendent impossible l'accès des civils aux services médicaux. Elles se poursuivent malgré la résolution du Conseil de sécurité des Nations unies du 3 mai dernier.

La France a relancé fin 2016 l'idée d'une saisine de la cour pénale internationale (CPI) par le Conseil de sécurité des Nations unies pour les crimes commis en Syrie, deux ans après l'échec d'une précédente tentative. En mai 2014, la Russie et la Chine avaient en effet usé de leur droit de veto.

Cette situation pose la question de la légitimité du droit de veto des membres permanents du Conseil de sécurité quant à la mise en œuvre de poursuites pour crime de masse. La France soutient depuis une dizaine d'années un projet visant à suspendre l'utilisation du droit de veto en cas de violation massive des droits fondamentaux.

Dans ce contexte, les ventes d'armes par la France à des États qui ne respectent pas le DIH et les droits de l'homme posent question. Notamment l'Arabie saoudite et sa coalition, dont on peut difficilement ignorer qu'elle a bombardé hôpitaux et civils au Yémen⁽¹³⁾.

13. Ainsi que le soulignait Amnesty International, « compte tenu de l'escalade du conflit au Yémen en juillet 2015 », il était difficile d'ignorer « les risques d'utilisation d'équipement militaire contre des populations civiles ». Source : www.amnesty.org

Malgré l'entrée en vigueur en décembre 2014 du traité sur le commerce des armes (TCA), ratifié par la France, les transferts d'armements vers des zones de conflits ou des régimes peu respectueux des droits de l'homme et du DIH se poursuivent. En effet ce traité n'instaure pas de réel mécanisme de sanction⁽¹⁴⁾. En outre, il est difficile d'apporter la preuve que le matériel vendu a réellement été utilisé dans le cadre de bombardements contraires au DIH. Cependant, si un État exportateur peut se douter que l'acheteur va utiliser ces armes contre les populations civiles, il doit prendre les mesures qui s'imposent.

Dans un souci de démocratie, la France doit valoriser l'application des droits de l'homme et du DIH dans le cadre de sa politique étrangère et faire preuve de transparence sur la nature de son soutien à des régimes qui ne les respectent pas.

PROPOSITIONS

- **Défendre le principe de sanctuarisation des lieux de soins, des personnels soignants et humanitaires.**
- **Interdire la vente de matériel militaire à des États ayant commis des crimes de guerre.**
- **Poursuivre l'engagement de la diplomatie française pour la suspension du droit de veto au conseil de sécurité de l'ONU dans les cas de crimes de masse.**



SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE

62 rue Marcadet - 75 018 Paris

Tel. 01 44 92 15 15

liberte-egalite-sante.com