



L'offre de soins de Médecins du Monde en France auprès des populations précaires

Céline Maury

► To cite this version:

Céline Maury. L'offre de soins de Médecins du Monde en France auprès des populations précaires. Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance, Jun 2009, Nice, France. <hal-03424139>

HAL Id: hal-03424139

<https://hal.science/hal-03424139v1>

Submitted on 10 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

L'offre de soins de Médecins du Monde en France auprès des populations précaires

Céline Maury

Doctorante en Science politique, sous la direction de Mme Monika Steffen, PACTE-IEP Grenoble.

L'objectif est de comprendre le fonctionnement d'une offre de soins dite « périphérique » en faveur des populations en situation de très grande précarité, proposée par Médecins du Monde (MdM), et l'emploi de cette action concrète dans les plaidoyers de l'association. A travers la description du fonctionnement des centres de soins en France, on peut tout d'abord appréhender la situation des bénéficiaires par rapport à l'évolution du système de santé, et comprendre leurs parcours de soins. D'autre part, MdM remplit une fonction sociale *utile* : les centres sont une attache sociale pour ces populations qui y trouvent de l'écoute et de l'aide. A partir de sa présence sur le terrain, MdM façonne un témoignage pour plaider la cause des populations les plus précaires dans l'espace public. Cela permet de mieux présenter et discuter la gouvernance associative, préalable nécessaire pour comprendre les rapports entre les associations humanitaires médicales et le système officiel.

association, ONG, santé, précarité, accès aux soins

La Mission France de Médecins du Monde (MdM) a aujourd'hui vingt-trois ans¹. A l'origine, elle ne devait être que provisoire, prenant en charge les populations exclues du système officiel de santé, et devait disparaître dès que les institutions redonneraient à ces populations une place au sein de leurs propres structures. Depuis une vingtaine d'année, on a assisté au développement de la précarité, de la réalité de l'exclusion, et à la multiplication d'initiatives publiques ou privées pour aider les plus démunis et les plus exclus. Au cours de ces années, les associations humanitaires, et MdM au premier plan, ont connu un essor important, marqué par l'évolution des rapports entre l'Etat et la société civile. Les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de MdM se sont progressivement implantés dans le paysage local, accueillant et prenant en charge des populations fragilisées (logement, précarité sociale, vulnérabilité administrative, vulnérabilité médicale). Aujourd'hui, MdM compte vingt-et-un CASO en France, une présence dans vingt-six villes de la métropole, cent douze actions menées en 2007, 24 092 patients reçus lors de 58 698 passages, 38 034 consultations médicales et dentaires effectuées².

On assiste à un changement majeur dans l'action publique des politiques sociales : le rôle de plus en plus important pris par l'acteur associatif incite à penser les politiques publiques (en général) de manière plus horizontale. Il nous semble primordial de comprendre comment se construit aujourd'hui l'action publique destinée à prendre en charge les questions de santé en général, et plus spécifiquement celles relatives aux populations en situation de grande précarité.

1 Au moment où cet article a été écrit, en juin 2009.

2 MdM, Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins, octobre 2008, p.4.

Nous souhaitons mettre en avant ici le fonctionnement d'une offre de soins dite « périphérique » en faveur des populations en situation de très grande précarité, mais aussi le rôle de cette action concrète dans les plaidoyers de MdM³.

Présentation des acteurs

Efforçons-nous de définir les populations reçues dans les CASO de MdM. Elles n'accèdent pas au système étatique de soins pour des raisons souvent diverses : elles sont vulnérables, précaires, mal informées, elles n'ont pas de titre de séjour (les migrants sans-papiers), elles ont un visa touristique, ou elles ont fait le choix d'être suivies dans les centres associatifs. Nous envisageons de proposer une définition des populations reçues dans les centres, à la lumière de notre enquête de terrain. Le facteur humain (étude de personnes) nous oblige à opter en faveur d'une définition plurielle des populations prises en charge dans les centres : on ne peut résumer la diversité des cas en un terme (et courir le risque de la catégorie fourre-tout), mais on peut établir un champ de caractères divers et de notions récurrentes (vulnérabilité, précarité, exclusion, inégalités sociales de santé). Cette définition nous permettra de mettre en évidence les conditions requises pour accéder au système officiel (dimension juridique, choix et motivation, information, papiers).

Nous chercherons à comprendre la relation qui existe entre l'acteur associatif et les bénéficiaires des centres. Les personnes reçues ne se déplacent, d'une manière générale, que si le besoin est évident, voire que si leur vie est en danger. Contrairement à ce que l'on pourrait penser a priori, certaines de ces personnes ont une bonne connaissance du système de santé et ont des droits ouverts. En face de la logique d'assistanat (et de gratuité) mise en place par MdM, les bénéficiaires demeurent, pour leur part, dans une logique de calcul de bénéfices. D'autre part, outre l'aspect médical, MdM remplit une fonction sociale *utile* : les CASO sont une attache sociale pour ces populations qui y trouvent de l'écoute et de l'aide. Encourager la sociabilité, maintenir la dignité sociale (surtout à l'égard des SDF) est une dimension centrale de l'action des centres. Concrètement, l'organisation des centres comme la composition de leur personnel et de leur clientèle déterminent en partie les rapports sociaux qui s'y établissent. Mais les règles formelles ne sauraient expliquer à elles seules la nature des échanges. C'est en effet en étudiant le sens que les acteurs donnent à leurs expériences que l'on peut comprendre l'évolution des relations et, simultanément, comment l'identité des acteurs se construit de façon particulière dans chaque type de centre de soins gratuits⁴.

3 Cet article se fonde sur une thèse de science politique en cours à l'IEP de Grenoble, sous la direction de Mme Monika STEFFEN. Notre thèse, intitulée « Articuler l'action publique de santé en faveur des populations en situation de grande précarité », s'appuie sur une étude des centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de l'association Médecins du Monde (MdM)¹. L'objectif est d'analyser une offre de soins de type associatif d'une part ; de comprendre son articulation avec le système officiel de protection sociale d'autre part.

4 Parizot I., *Soigner les exclus*, Paris, PUF, 2006, p.82.

L'idée d'une approche « globale », médico-psycho-sociale, du patient

La majorité des personnes reçues dans les CASO ne sont pas couvertes par le régime de protection sociale et/ou ont peu de moyens financiers et ne peuvent avancer les frais de santé ou payer le ticket modérateur⁵. Les centres accueillent, entre autres, des populations étrangères en attente de droits (AME, asile...), ou sans droit (obligation de quitter le territoire français (OQTF), sans-papiers...), des populations précaires (sans domicile fixe (SDF)) et des populations étrangères présentes sur le territoire avec un visa touristique. MdM réalise également des missions dites « hors centre » : des déplacements avec un camion médicalisé en direction des populations Roms originaires d'Europe de l'Est, des « maraudes » SDF, des bus pour les « personnes se prostituant », une mission saturnisme (Saint-Denis).

Pour mieux comprendre la diversité des populations en situation de précarité, nous insistons sur la définition donnée par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES)⁶ qui entend la pauvreté comme l'insuffisance des ressources financières. L'approche économique de la pauvreté passe par la détermination d'un seuil de pauvreté (absolu ou relatif). Elle est souvent complétée par des indicateurs liés aux conditions de vie ; la précarité, caractérisée par un ensemble d'incertitudes et de fragilités souvent cumulatives quant aux ressources et aux conditions de vie (emploi, logement, santé etc.) ; l'exclusion, qui se réfère à un processus de désintégration sociale fondée sur diverses dimensions : économique, par l'insuffisance chronique voire l'absence de ressources, la non-reconnaissance ou le non-usage des droits, enfin la faiblesse ou l'absence de relations sociales. L'ONPES considère l'exclusion comme,

« la forme la plus aiguë de relégation sociale que la crise économique et les situations de non-droit engendrent chez les individus, familles ou groupes sociaux ».

Notons toutefois que les populations dont nous parlons cumulent les difficultés et ne rentrent pas dans une seule catégorie. La précarité est un phénomène social difficile à appréhender et peut être définie comme

« l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux »⁷.

Le cumul des handicaps peut conduire certains individus à l'exclusion. Parler de populations en situation de très grande précarité montre donc cet aspect cumulatif des

5 Selon l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance Maladie. Il s'applique sur tous les soins et frais médicaux remboursables, qu'il s'agisse d'une consultation chez un médecin, d'un achat de médicaments sur prescription médicale, etc. Par exemple, pour une consultation chez un médecin généraliste, le tarif est de 22 €. L'Assurance Maladie rembourse 70% (15,40 €) moins 1 € au titre de la participation forfaitaire. Le remboursement est donc de 14,40 € et le ticket modérateur demeurant à la charge du patient est de 7,60 €. La participation de ce dernier peut être couverte par la souscription d'une assurance complémentaire auprès d'un organisme privé, mutualiste ou non.

6 Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Rapport de l'ONPES, Paris, La documentation Française, 2000.

7 Wresinski J., *Enrayer la grande pauvreté*, Rapport à M. Rocard, Ministre du Plan et de l'Aménagement du Territoire, 1987.

difficultés, tout en insistant sur les processus sous-jacents à la mise en précarité, à partir de l'analyse des évolutions du travail et des systèmes de protection sociale.

Le service offert dans les centres ne se réduit pas à une consultation médicale. Assurément, la fonction essentielle est d'offrir des soins à des personnes démunies et éloignées du système médical offert à la majorité. C'est cette position particulière dans le système de santé qui autorise les CASO à faire office d'observatoire de la précarité sociale et médicale, car ils touchent des populations moins bien connues des pouvoirs publics ou de la majorité des citoyens.

En effet,

« L'intervention ne se situe pas seulement sur le plan de la santé. Les demandes des patients et les discours des bénévoles en témoignent fortement. S'ajoutent à la prestation médicale deux fonctions essentielles que les personnes viennent chercher, parfois sans s'intéresser aux autres services, et que les bénévoles viennent assurer, parfois sans s'attacher aux autres fonctions. Il s'agit d'une fonction d'accueil, qu'un cabinet médical produit naturellement, mais ici la fonction d'accueil peut être autonomisée dans la mesure où certains patients viennent chercher spécifiquement de la chaleur et de l'écoute sans demandes médicales spécifiques. Au-delà des soins et de la prise en charge médicale, MdM a bien une fonction de prévention sociale en assurant à ceux dont les liens amicaux et familiaux sont particulièrement relâchés une convivialité qu'ils ne trouvent guère que dans ce type de service soutenu par des bénévoles. Il s'agit d'une fonction de service social en parallèle à l'activité médicale. »⁸

Les auteurs considèrent donc les centres de MdM à la fois comme un service médical, un service social et un service d'accueil. Les personnes qui s'adressent à MdM la première fois souhaitent avant tout rencontrer un médecin (69% des recours), tout particulièrement les femmes et les patients français. 18% veulent rencontrer un travailleur social et plus de 13% se présentent pour l'instruction ou le renouvellement d'un dossier AME. Les deux tiers des patients s'adressent à MdM sans orientation préalable, 12% sont orientés par une autre association, et 9% par une structure de soins ou une institution administrative ou sociale.

Les droits sociaux et leur articulation avec le travail des CASO

On constate de nombreuses différences entre les centres. Le CASO de Saint-Denis effectue entre quarante et soixante consultations par jour d'ouverture, Nantes et Grenoble entre deux et dix, et Lorient en effectue très peu, voire aucune. De même, on ne rencontre pas les mêmes populations dans ces quatre centres : par exemple, le centre de Nantes reçoit plus de personnes originaires d'Afrique subsaharienne, tandis que celui de Saint-Denis accueille majoritairement des Roms ou des personnes originaires d'Europe de l'Est. Cependant, toutes ces personnes ont en commun des situations de retard, voire de renoncement aux soins, et de cumul des problèmes liés à la précarité (faible accès à la prévention, habitats insalubres). Les difficultés d'accès aux soins dépendent majoritairement de la question des ouvertures de droits. La loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 prévoit qu'à chaque situation administrative corresponde

⁸ Paugam S., Parizot I., *La relation humanitaire, La mission France de Médecins du Monde face à l'exclusion*, Médecins du Monde, janvier 2007, p.4.

une couverture médicale : régime général de la sécurité sociale, CMU⁹, ou AME, et, à défaut, un lieu permettant un accès inconditionnel aux soins : les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)¹⁰. La circulaire du 23 novembre 2007 modifie l'accès aux droits pour les ressortissants communautaires : ces derniers, s'ils sont inactifs, ne peuvent plus prétendre à une CMU et relèvent dorénavant de l'AME¹¹. Cette modification est capitale pour comprendre la situation des populations Roms, que nous expliquerons ultérieurement.

La circulation dans les centres MdM varie essentiellement en fonction de facteurs extérieurs : si la PASS est fonctionnelle (Nantes, Grenoble), les personnes vont pouvoir être réorientées facilement en fonction de leurs droits. Le cas le plus marquant est celui de Lorient puisque non seulement la PASS est fonctionnelle, mais elle remplit pleinement ses fonctions (accueil de populations en attente de régularisation). Le bon fonctionnement de l'institution officielle explique en partie pourquoi le centre ne recevait presque personne. Saint-Denis à l'inverse n'avait pas de PASS fonctionnelle jusqu'à récemment. Aujourd'hui, la PASS de Saint-Denis ne compte pas de médecin parmi son personnel. MdM, parmi d'autres acteurs extérieurs (PMI, Centres de Santé) joue donc le rôle de médecin généraliste et renvoie les patients consulter à la PASS en fonction des besoins. Chaque centre a une assistante sociale qui s'occupe notamment des démarches administratives pour les personnes en difficulté : dossiers de demande de CMU ou d'AME, droit d'asile, etc. La différence est qu'à Saint-Denis, ce sont les accueillants qui remplissent les demandes d'AME (Saint-Denis a en effet les autorisations pour faire des domiciliations AME, ce qui favorise l'afflux de personnes intéressées par cette question). Il est important de comprendre que 78% des patients qui consultent chez MdM peuvent théoriquement bénéficier d'une couverture maladie : 49% relèvent de l'AME et 29% de l'assurance maladie. Par ailleurs, près de 13% des patients sont des étrangers présents en France depuis moins de trois mois, qui ne travaillent pas et sont donc exclus de toute couverture maladie. Les difficultés d'accès aux droits des étrangers sont majeures : 15% seulement des étrangers pouvant bénéficier d'une couverture maladie ont des droits ouverts, contre 52% des Français¹².

L'offre de MdM et les demandes des bénéficiaires

Les attentes d'un individu vis-à-vis du centre et son utilisation des services proposés évoluent en fonction de plusieurs facteurs : son état de santé, sa situation sociale, le regard qu'il porte sur sa situation, ses interactions avec les intervenants mais aussi l'intériorisation des normes en vigueur dans le centre. A l'instar d'I. Parizot, nous pouvons parler de « carrière morale »¹³ du patient, autrement dit d'une trajectoire institutionnelle au cours de laquelle le rapport au centre de soins gratuits se transforme.

Les centres de province proposent un accueil avec boisson chaude et gâteaux dans une structure de ville (un appartement). Saint-Denis propose à l'inverse un accueil plus

9 Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

10 Loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 notamment.

11 Circulaire du 23 novembre 2007, paragraphe 1 Principes et limites de la libre circulation et du droit au séjour des ressortissants communautaires et assimilés et de leur famille.

12 Tous ces chiffres sont issus de MdM, Rapport de l'Observatoire de l'Accès aux soins 2007, octobre 2008.

13 Parizot, I., *Soigner les exclus*, Paris, PUF, 2006, p.82.

« clinique », avec des locaux blancs, qui font penser à une polyclinique, et un système de tickets à l'arrivée permettant de réguler l'afflux de patients. Chose significative, si les bénévoles de Saint-Denis parlent de la « patientèle », ceux des centres de province préfèrent parler des « bénéficiaires », voire emploient le nom de la personne. Cela montre bien les différences quant aux relations qui s'instaurent entre les bénévoles et les bénéficiaires. La demande des patients est semblable : les migrants craignent d'être déboutés, refusent ainsi les soins en ville, et recherchent une assistance sociale afin que celle-ci les aide à constituer leurs dossiers d'ouverture de droits. Il viennent aussi chez MdM parce qu'il s'y trouve des traducteurs ou des accords avec des associations de traduction. Tous aspirent à une médecine de qualité.

« Le droit de tous à être soigné, ancré juridiquement et culturellement dans notre société, est ici intériorisé comme une valeur inaliénable. Il légitime les recours médicaux indépendamment de la situation financière et sociale des malades »¹⁴.

Les centres de MdM fonctionnent sur le modèle de l'urgence sociale¹⁵. Les effets de cette approche sont une focalisation sur le temps présent, une appréhension des situations en termes de risque(s), un déficit d'interprétation et de lecture globale des situations. Le modèle de l'urgence est copié sur l'organisation du service d'aide médicale urgente (SAMU). L'urgence sociale est une modalité d'intervention qui répond à la demande dans l'immédiateté, en permettant d'échapper à une approche complexe des situations d'exclusion. L'urgence de la demande conduit à l'urgence de la réponse alors qu'elle concerne paradoxalement des situations qui perdurent dans le temps. Il est donc important de comprendre dans quelle mesure l'urgence sociale n'existe que comme seule réponse possible pour maintenir un ordre social mis à mal par les situations durables de pauvreté et d'exclusion. Un des résultats regrettables de ce mode d'intervention, c'est que les publics concernés ainsi que les professionnels s'enferment dans la spirale de l'urgence.

La « dictature de l'urgence » réduit le travail social à la réponse « au coup par coup » selon la pression du moment et à l'abandon plus ou moins délibéré à la fois de la relation d'aide, de l'approche globale et d'une prise en charge sur la durée. Dans l'immédiat, ne porter attention qu'à la grande pauvreté traduit une priorité donnée à l'« urgence » du maintien de l'ordre social. Le temps constitue un des moyens essentiels du travail et de la transformation sociale. De l'évaluation initiale à la mise en œuvre d'un accompagnement « vers une solution durable » qui permet d'envisager l'effectivité d'un changement et une évaluation, en passant par la construction d'un projet adapté, le temps est lié à l'évolution de la personne. L'urgence, comme modèle d'intervention, sacrifie la complexité des situations à la seule variable du temps chronologique sans prise en compte des autres et de ses effets sur les autres. Si l'urgence sociale est un moment légitime de l'action sociale, elle doit se mailler avec une suite : celle de l'accompagnement.

14 Parizot I., *Soigner les exclus*, Paris, PUF, 2006, p.109.

15 Ministère du Travail, des relations sociales et de la solidarité. Conseil supérieur du travail social, Travail social confronté au nouveau visage de la pauvreté et de l'exclusion, Rennes, ENSP, 2007.

Dynamique des relations entre les bénévoles et les bénéficiaires

L'organisation des centres comme la composition de leur personnel et de leur clientèle déterminent en partie les rapports sociaux qui s'y établissent. C'est en effet en étudiant le sens que les acteurs donnent à leurs expériences que l'on peut comprendre comment évoluent leurs relations, et simultanément comment leur identité se construit de façon particulière dans chaque centre de soins gratuits. Les identités et les rapports sociaux dans les centres de soins gratuits doivent être compris en tant qu'ils se construisent progressivement en s'influençant mutuellement. A partir d'un recours dont le but initial est thérapeutique, la fréquentation régulière d'un centre de soins conduit progressivement à transformer le sens (c'est-à-dire à la fois une direction et une signification) donné à l'assistance sociomédicale. Les interactions entre les patients et les intervenants sont la matrice de ces processus identitaires et symboliques. Elles constituent le théâtre privilégié de ces processus dans la mesure où c'est à travers elles que se construit la prise en charge, que les acteurs se définissent eux-mêmes, et qu'ils définissent leur rôle et leur statut. Ces interactions sociales sont également la matrice des processus identitaires au sens où il s'agit, pour chacun des acteurs, d'acquérir un statut octroyant une autonomie et un pouvoir de décision dans l'action suffisants. Pour le patient en particulier, des négociations plus ou moins conscientes viseront à une prise en charge conforme à ses attentes, et dont la signification est moins stigmatisante que l'assistance sociale.

Afin de mieux saisir cette nuance, nous reprendrons la distinction faite par I. Parizot¹⁶ entre univers médical et univers humanitaires. L'*univers médical* est un système cohérent de représentations et de valeurs qui ordonne symboliquement les expériences vécues, les rapports sociaux et les identités liées à l'assistance sociomédicale en fonction de la réalisation d'une prise en charge médicale.

« Quels que puissent être les rapports à cette profession (qui n'est en outre pas homogène), les acteurs se réfèrent aux valeurs de la médecine pour orienter, interpréter et donner un sens à leurs interactions. L'action des centres de soins gratuits relève certes tout à la fois de l'intervention thérapeutique, du travail social et de l'assistance aux personnes défavorisées ; mais dans l'*univers médical*, c'est en ce qu'elle permet la prise en charge médicale de personnes malades qu'intervenants et patients se définissent. Lorsque l'assistance sociomédicale s'inscrit dans un *univers humaniste* en revanche, ces acteurs s'accordent pour agir et interpréter leurs actions en référence à des valeurs humanistes. Ce qui donne sens à l'action du centre de soins gratuits, ce n'est pas tant son action médicale ou sociale que le souhait des membres du personnel d'apporter un soutien aux plus démunis, au nom d'une haute conception de l'humanité et suivant une logique du don de soi ».

Mais faire cette distinction ne signifie pas qu'il y ait opposition. L'univers symbolique correspond à un idéal-type d'organisation symbolique des conduites, des expériences vécues et des identités autour de l'assistance sociomédicale. Les deux univers doivent donc être compris comme des « structures de sens », qui orientent les actions en même temps qu'elles leur donnent une signification et qu'elles les légitiment. Comment Mdm parvient-elle, à travers la création de lien social, à combiner ces deux questions ?

Les centres ne mettent pas en avant la même définition des populations reçues : certains insisteront sur la dimension « vulnérable » (Nantes), d'autres la composante « précarité » (Grenoble), d'autres encore l'aspect « exclusion » (Saint-Denis). Le bénéficiaire a généralement pour but d'intégrer le système officiel. Prenons le cas de Saint-Denis. Dans la mesure où le centre a l'autorisation de faire les demandes d'AME, on peut affirmer qu'il se substitue à la CPAM. Le centre envoie les feuilles, puis les bénéficiaires viennent chercher leur attestation chez MdM. La majorité des personnes qui en bénéficient vont se faire soigner à l'hôpital par la suite. MdM n'a en effet pas vocation à accueillir les populations insérées dans le système officiel. Les centres doivent normalement refuser ces dernières. Néanmoins, dans la pratique, ce n'est pas toujours le cas. D'autant plus avec l'augmentation de la précarité chez les personnes « entre deux seuils » : ceux qui gagnent trop pour avoir la CMUc, mais trop peu pour se payer une complémentaire santé. Ces populations arrivent chez MdM aujourd'hui (cas de Grenoble où l'augmentation de la consultation est en partie liée à ce phénomène). Les centres ne sont donc pas seulement des lieux de production de soins médicaux : ils sont aussi un espace de mise en œuvre d'une solidarité, un espace de définition de soi et peuvent, finalement, donner lieu à la création de liens sociaux d'intégration ou de citoyenneté.

Le rôle politique de l'association

La volonté que manifeste MdM de *témoigner*, que l'on pourrait qualifier de réel plaidoyer, correspond à la notion d'*advocacy*, « qui consiste en des prises de parole publiques dénonçant des situations d'injustice »¹⁷. Nous préférons employer le terme « plaidoyer », dans la mesure où il reflète plus la dynamique activiste de MdM, alors que le « témoignage » nous semble plus évoquer l'idée d'une parole dite mais pas nécessairement écoutée. On établira ici une distinction entre les actions menées par MdM et celles des groupes d'*advocacy* purs : elle est, dans notre cas, articulée à une action concrète. MdM insiste sur ce point : ses interventions dans l'espace public (une des modalités du témoignage) se fondent sur sa présence sur le terrain et les pratiques qui la définissent. C'est un préalable nécessaire afin de mieux comprendre et de discuter la gouvernance associative, pour ensuite analyser les rapports entre les associations humanitaires, médicales et le système officiel.

La légitimité éthique de MdM lui vient de sa présence sur le terrain. En 1985, MdM ajoute un élément au serment d'Hippocrate. Là où le serment prône le respect du secret « admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés », MdM affirme le devoir de témoignage : « Que l'on porte atteinte à la dignité de l'homme, que l'on cache l'horreur, je m'engage à témoigner » (charte MdM). L'omniprésence de MdM sur le terrain, l'image extrêmement positive dont l'association jouit en France, la signification des « French Doctors », tout ceci est le fruit d'un modèle unique et d'une organisation originale dans sa composition comme dans la diversité de ses actions. Par exemple, prenons le cas de Nantes et de l'influence de MdM quant à la création de terrains dits « conventionnés » pour les populations Roms. Pour répondre à l'urgence de la situation créée par le « squat » d'environ 300 Roms sur des terrains sauvages, les acteurs associatifs militants, dont

17 Dauvin P., Siméant J., *Le travail humanitaire. Les acteurs des ONG, du siège au terrain*, Paris, Presses de Science Po, 2002, p.15.

MdM, ont fait pression sur la ville et l'agglomération nantaise pour ouvrir des terrains salubres, avec eau potable et électricité, pour accueillir les familles. Ici, MdM a été bien au-delà du simple témoignage, puisque l'association a participé à la création d'une politique publique, grâce à son expertise de terrain.

La place du bénévolat est capitale. MdM se veut :

« un aiguillon destiné à mobiliser l'opinion publique sur les grands problèmes humanitaires, afin que cette dernière fasse pression sur les décideurs et les responsables (...) En aucun cas, Médecins du Monde n'est appelé à se substituer à des entités publiques, car il n'y a d'action humanitaire possible et durable que celle des Etats et des OIG »¹⁸.

MdM revendique une position d'expert notamment grâce à ses rapports annuels, très attendus, car ils constituent une preuve par les chiffres et par l'empirique. Le témoignage a permis à MdM et à d'autres associations réunies en collectif de contribuer à la mise en place de la loi de 1998 relative à la lutte contre l'exclusion, à la mise en place de la CMU et de l'AME.

On peut se poser deux questions complémentaires : du point de vue des usagers, MdM remplit-elle les fonctions d'un « sas » vers le système public, ou bien accroît-elle le danger d'une exclusion du système médical classique ? Du point de vue des organisations, quelle position adopter entre la nécessité de secourir les malades qui n'accèdent pas à la médecine et le risque de substituer l'organisation associative à la responsabilité du secteur public ?

Accepter la pérennisation de ces centres, n'est-ce pas remettre en cause les valeurs mêmes du système de santé publique tel que la démocratie française l'a engendré ? Par ailleurs, on peut s'interroger sur le respect de MdM envers l'éthique médicale qui impose au médecin de soigner toute personne, indépendamment de sa situation sociale, culturelle et morale : soigner « ceux que le monde oublie peu à peu » est une louange légitime, mais qui peut laisser en retrait, voire marginaliser, les personnes qui sont dans « l'entre-seuil ». On peut s'interroger sur le danger qu'il y aurait à légitimer des structures hors droit commun. Cela ne reviendrait-il pas à déresponsabiliser le système public quant à son devoir d'assistance envers l'ensemble des citoyens, notamment les plus défavorisés ? Le risque est bien, en effet, d'une dualisation du système qui laisserait se multiplier « les situations de sous-traitance humanitaire »¹⁹.

Conclusion

Les centres remplissent une fonction essentielle qui dépasse la gratuité des prestations. Les structures sont devenues des éléments indispensables dans l'accès au régime de protection sociale pour les populations les plus marginalisées, généralement par un accueil adapté aux besoins et aux attentes des populations. C'est pourquoi nous considérons les CASO comme un élément *constitutif* du système de prise en charge, plutôt que simplement périphérique.

MdM apparaît comme un observatoire des changements et des mutations du secteur médico-social en France. La fonction première des centres de MdM était le côté provisoire. La présence en France depuis vingt ans de la « Mission France » montre que

18 Rubio F., « L'alchimie très complexe de MdM », *Actualités. Les dérives du consensus*, trimestriel n°73 octobre 2008, p.5.

19 Joubert M., *Santé, précarité, exclusion sociale : approches méthodologiques*, Paris, Inserm, 1994, p.83.

MdM reflète les changements et les mutations qui ont cours. Le poids symbolique aujourd'hui acquis par MdM au niveau local et au niveau national pourrait être envisagé comme le principal handicap de l'association : puisque l'association est présente, a acquis une expertise, et conduit des actions efficaces, pourquoi en changer ? En effet, au niveau du bénéficiaire, MdM est créateur de lien social, nous l'avons vu, le travail des bénévoles contribue au maintien de la dignité de ces populations en situation d'exclusion.

Circulaire DHOS/DGAS n°141 du 16 Mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME.

Circulaire du 23 novembre 2007 sur les principes et limites de la libre circulation et du droit au séjour des ressortissants communautaires et assimilés et de leur famille.

Dauvin P., Siméant J., *Le travail humanitaire. Les acteurs des ONG, du siège au terrain*, Paris, Presses de Science Po, 2002.

Ferrera J., *Soigner les mal soignés. Ethnologie d'un centre de soins gratuits*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2004.

Joubert M., *Santé, précarité, exclusion sociale : approches méthodologiques*, Paris, Inserm, 1994.

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

MdM, *Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins*, octobre 2008.

Ministère du Travail, des relations sociales et de la solidarité. Conseil supérieur du travail social, *Travail social confronté au nouveau visage de la pauvreté et de l'exclusion*, Rennes, ENSP, 2007.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, *Rapport de l'ONPES*, Paris, La documentation Française, 2000.

Parizot, I., *Soigner les exclus*, Paris, PUF, 2006.

Paugam S., Parizot I., *La relation humanitaire, La mission France de MdM face à l'exclusion*, MdM, janvier 2007.

Rubio F., « L'alchimie très complexe de MdM », *Actualités. Les dérives du consensus*, trimestriel n°73 octobre 2008.

Wresinski J., *Enrayer la grande pauvreté*, Rapport à M. Rocard, Ministre du Plan et de l'Aménagement du Territoire, 1987.

Liste des sigles utilisés

MdM : Médecins du Monde

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation

SDF : Sans Domicile Fixe

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

AME : Aide Médicale d'Etat

OQTF : Obligation à Quitter le Territoire Français.

ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé.