

COPRODUCTION DES SERVICES DE SANTÉ POUR LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES

Les ONG évoquent trop souvent l'image caricaturale de « pompiers » d'un monde qui va mal, se projetant sur les lieux damnés de la terre pour en revenir aussitôt leur mission accomplie. Le texte de Béatrice Luminet bat en brèche cette représentation dépassée. Avec elle, nous faisons un retour sur une expérience associative qui mène de front action nationale et action internationale et qui s'interroge, sans complaisance, sur le cadre et les limites de son action en faveur des plus vulnérables, ici et là-bas.

BÉATRICE LUMINET



Béatrice Luminet est médecin de santé publique. Elle est adhérente à Médecins du Monde depuis 1995 et responsable d'une mission de prévention du sida auprès des usagers de drogues à Chengdu (Chine) depuis 1998. Elle est membre du conseil d'administration de Médecins du Monde depuis 2008.

143

Si l'on s'en tient au dictionnaire, « coproduire » revient à produire « avec », et non pas « pour ». Appliquée aux services de santé, cette subtilité sémantique signifie que coproduire devrait être un travail collectif, rassemblant aussi bien ceux qui en bénéficient – population en général ou populations plus ciblées – que les associations impliquées dans le champ de la santé et du social et, enfin, les institutions. Qu'en est-il dans une association comme Médecins du Monde (MDM) ? S'inscrit-elle réellement dans cette définition de la coproduction ?

AVEC LES POPULATIONS « CIBLES » D'ABORD, EN FRANCE ET À L'INTERNATIONAL

La Mission France de Médecins du Monde a vu le jour en 1986, fruit de la révolte d'un groupe de médecins devant l'absence d'accès aux soins de certaines personnes croisées dans la rue. L'idée fondatrice était de dénoncer ce défaut d'accès aux soins afin que les pouvoirs publics s'en saisissent, puis, le cas échéant, y remédient. Le groupe de médecins à l'initiative de cette démarche pensait ouvrir un projet pour quelques mois... Vingt-trois ans plus tard, malgré la création de l'aide médicale d'État (AME), de la couverture maladie universelle (CMU) et des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les files d'attente des centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de MDM ne diminuent pas. Pire, elles ne cessent de croître. Alors, avons-nous vraiment « coproduit » depuis 1986 ?

Comment associons-nous réellement les bénéficiaires de nos missions à nos actions ? Bien souvent, trop fidèles à la pensée biomédicale prédominante en France, nous faisons « pour » les populations, convaincus que notre démarche est pertinente pour elles et que nous répondons à leurs besoins. Mais quelle place est faite à leur parole au sein de nos équipes ?

S'il est un domaine où MDM a incontestablement su coproduire, c'est sans doute celui de la réduction des risques (RDR). Alertée par la propagation de l'épidémie de sida parmi les usagers de drogues, MDM a été précurseur en France de la démarche d'accompagnement des toxicomanes, d'abord dans l'échange de seringues, ensuite dans la mise en place des centres méthadone dits « à bas seuil ». Dans ce domaine, il y a eu réellement coproduction avec les bénéficiaires, tant il est vrai que la réduction des risques ne pouvait se concevoir sans connaître ni comprendre les pratiques des usagers. C'est donc avec eux qu'ont été imaginées puis mises en œuvre les structures correspondantes. C'était le début du « aller vers » et de l'alliance thérapeutique à MDM : ce ne sont plus les bénéficiaires qui viennent jusqu'à la structure qui leur est destinée, mais bien les équipes soignantes qui se déplacent vers les plus marginalisés pour répondre à leurs besoins.

Est-ce lié au fait que la prise en charge des toxicomanes n'est pas enseignée par l'université et que les soignants qui se sont lancés dans cette aventure étaient eux-mêmes en marge de l'enseignement classique de la médecine en France ? Peut-être. Toujours est-il qu'ils étaient ouverts à d'autres formes de pensées.

Cette démarche d'« aller vers », que l'on retrouve dans d'autres missions, comme celles qui se développent au sein des squats, celles

menées auprès des personnes se prostituant, ou les missions de santé mentale dans la rue, a constitué un vrai changement de paradigme au sein de l'association. Elle revenait, et ce n'est pas rien, à s'éloigner du rôle du soignant qui sait et qui prescrit pour aller vers celui du soignant qui apprend en écoutant la personne, qui s'intéresse à son contexte de vie et qui innove. Ce n'est plus, également, le patient qui respecte aveuglément l'ordonnance, mais l'alliance du patient et du thérapeute qui initie et fait évoluer la stratégie thérapeutique.

Qu'en est-il de notre action internationale ? Difficile sujet ! Depuis toujours nourris au lait de leur formation occidentale, les soignants expatriés de Médecins du Monde – tout comme ceux des autres ONG – ont longtemps été sur « le terrain » avec leurs connaissances techniques et, parfois, leurs certitudes. Confrontés à la réalité des populations locales, quelquefois dans l'incompréhension totale de la non-adhésion de ces populations aux programmes, ils sont de plus en plus nombreux à s'interroger et à se former à l'« interculturalité ». C'est la première étape de la recherche de l'autre et d'une meilleure compréhension réciproque des perceptions.

Car peut-on concevoir de parvenir à comprendre l'autre et coconstruire avec lui quand il a vécu ailleurs et autrement ? Et l'une des déclinaisons de cette réflexion n'est-elle pas finalement le constat que ce sont les soignants du pays, en lien avec tous les autres acteurs locaux – populations, personnalités locales de la société civile, associations, institutions –, qui, seuls, peuvent un jour répondre réellement aux besoins de santé de leur pays ? Ce constat conduit inévitablement à une question d'actualité brûlante, celle de la pénurie des ressources humaines dans le champ de la santé dans les pays en voie de développement.

COPRODUIRE AVEC LES INSTITUTIONS : UN RISQUE ACCEPTABLE POUR LES ONG ?

Pour les actions qu'elle mène en France, MDM est essentiellement financée par le ministère de la Santé. Est-ce là une contrainte ou un atout ? Les deux sans aucun doute, la difficulté étant de toujours jouer sur l'équilibre et de le faire pencher, aussi souvent que possible, vers l'atout !

Reconnaissons-le, dépendre financièrement d'un ministère nous place de fait dans une posture d'opérateur de santé publique dans laquelle nous ne nous retrouvons pas. Et nous n'avons de cesse, dans nos discours, de renvoyer l'État à ses insuffisances en matière de politique de santé : une inégalité d'accès aux soins qui fait que les plus pauvres, ceux sur lesquels la maladie a le plus de prise, ne peuvent se faire soigner, soit pour des raisons d'accès aux droits, soit pour des raisons

financières. Et parallèlement, nous maintenons ouverts nos CASO, lieux d'accueil et de soins gratuits pour tous.

Ambiguïté permanente de la dichotomie entre le discours et l'action. Comment dénoncer un état de fait que nous contribuons à maintenir ? L'idée de départ de la Mission France – dénoncer une situation afin qu'elle soit prise en considération – s'est perdue au fil des années et du quotidien des bénévoles intervenant dans les CASO, confrontés à toutes les détresses dans le cadre de leurs consultations. C'est ainsi que la fréquentation des CASO augmente, et de façon importante depuis deux ans, du fait de l'impact des franchises sur les personnes ayant leurs droits ouverts.

Pour autant, la proximité dans la discussion avec le ministère de la Santé, la compétence reconnue à MDM au travers de ses consultations, le remarquable travail annuel de recueil d'informations que représentent les données de l'Observatoire de l'accès aux soins nous permettent de pointer les dysfonctionnements du système de santé en les objectivant. Notre discours s'appuie sur nos pratiques, et c'est cela qui lui donne une vraie légitimité.

Et pourtant, il faudrait accompagner chacun de ceux dont les droits ne sont pas ouverts pour qu'ils acquièrent ces droits et puissent se faire soigner comme les autres. Il faudrait, pour ceux qui n'ont pas de droits, exiger le bon fonctionnement et le financement des PASS, services hospitaliers spécifiquement créés en 1998 pour accueillir et soigner les personnes en situation de précarité. Il faudrait, et nous le faisons, dénoncer en permanence localement et nationalement tous les dysfonctionnements d'un système de santé qui n'a pas pris la mesure des liens entre le social et le sanitaire. Enfin, il faudrait résister à une réforme en passe d'être adoptée : en prévoyant d'affecter le domaine sanitaire aux futures agences régionales de santé et le domaine social à la Direction de la cohésion sociale, les autorités sanitaires françaises s'apprêtent en effet à couper totalement le faible lien institutionnel qui existait entre sanitaire et social au travers des DDASS.

Si MDM est devenu progressivement un des acteurs les plus crédibles du changement des politiques publiques de santé en France, c'est parce qu'il appuie son discours et ses rapports sur des observations de terrain et des enquêtes (comme celle réalisée en 2006 sur les refus de soins auprès de 725 médecins généralistes en France). L'association a ainsi été à l'origine des premiers centres de dépistage anonyme et gratuit du sida, des premiers bus d'échanges de seringues, des premières interventions dans les « raves parties »...

Cette capacité d'innovation dépend d'abord de la continuité de relation entre les acteurs qui travaillent localement auprès des patients

et les instances décisionnelles afin que ce soit bien la parole des bénéficiaires qui soit portée par le conseil d'administration au niveau national. Elle dépend en retour de la manière dont les membres de ce dernier savent partager et faire comprendre leurs décisions, mais aussi entendre les difficultés des acteurs de terrain et des salariés au quotidien et en tenir compte.

Elle dépend enfin de l'exigence de qualité des pratiques des acteurs, professionnels ou bénévoles, entretenue par la formation, de la qualité des recueils de données sur lesquels s'appuient les témoignages de l'association et de sa capacité à se mettre en danger pour alerter la population tout en conservant le dialogue avec les pouvoirs publics.

Résister et innover. C'était le mot d'ordre des dernières journées de la Mission France en 2007. Mais pour avoir de réelles capacités de résistance, il nous faut travailler de façon urgente à la diversification de nos financements, réflexion beaucoup moins développée dans notre association pour nos actions en France qu'elle ne l'est pour celles menées à l'international.

À l'étranger, notre relation avec les institutions est sans doute beaucoup plus complexe et variable d'un pays à l'autre selon l'état du système de santé local. Qu'y a-t-il de commun, en effet, entre un projet de réduction des risques en Asie et un projet auprès des enfants des rues en Afrique ? Ce qui nous lie, au-delà des continents et de nos divergences personnelles, c'est notre volonté de participer à un monde plus solidaire. À travers nos interventions, ici et là-bas, c'est le souhait que les déterminants de la santé, bien au-delà de la seule offre de soins, puissent se modifier. Toujours arc-boutés sur notre compétence de soignants, nous tentons alors de coproduire en fonction du contexte politique, économique, social, culturel du pays. Ne pas négliger un seul de ces facteurs est la garantie nécessaire, mais non suffisante, d'un impact réel et à long terme des actions que nous tentons d'impulser.

QUELLE GOUVERNANCE POUR MÉDECINS DU MONDE ?

La succession des différents « slogans » de MDM depuis sa fondation en 1980 – « Nous soignons ici et là-bas », « Nous soignons toutes les maladies, même l'injustice », « Nous soignons ceux que le monde oublie peu à peu » – en dit long sur l'évolution de l'association aussi bien que sur celle de la société dans son ensemble.

À ceux qui sont en charge de responsabilités dans l'association, il revient de ne pas perdre de vue ces mots : soigner et témoigner. Ils sont la raison d'être de MDM qui adosse ses témoignages sur la compétence de ses soignants. Mais il faut aussi innover et résister, pour ne pas re-

produire à moindre coût pour l'État le système de santé classique français. Il nous faut innover pour mieux répondre aux besoins des plus vulnérables et résister pour ne pas céder à la routine d'un fonctionnement établi. La résistance doit alimenter l'innovation.

Mais à ces quatre mots le conseil d'administration qui pilote MDM ne peut oublier d'adjoindre la prise en compte de tous ceux qui donnent de leur temps et de leur énergie au quotidien pour accueillir et soigner les personnes, oubliant parfois la dimension du témoignage. Ce sont plus de 2 000 bénévoles dont certains ne sont jamais venus au siège de MDM, pour qui les discours tenus au sein du conseil d'administration sont bien loin de leur réalité et parfois peu compréhensibles. C'est cet abîme entre les réflexions menées au niveau national et l'action locale que nous devons en permanence veiller à combler. La démarche actuelle de régionalisation de l'association en sera peut-être un outil, dans sa tentative de donner aux délégations régionales davantage de pouvoir dans la définition des stratégies.

Soigner et témoigner, résister et innover. Ce sont également des horizons qu'il nous faut viser à l'international en nous posant toujours et sans relâche les questions de la pertinence de notre présence, de l'impact de nos actions et, surtout, de la place que nous laissons aux acteurs locaux. Cette complexité nécessite bien une gouvernance interne forte et cohérente pour continuer à n'être qu'une seule voix auprès des décideurs politiques, ici et là-bas. ■

