



L'apport des associations

Les associations ont un rôle important dans la lutte contre les exclusions. Les écouter est essentiel. Elles témoignent des dysfonctionnements des systèmes sanitaires et sociaux tout en y participant.

Union nationale
interfédérale des œuvres et
organismes privés sanitaires
et sociaux (UNIOPSS)

Reconnaissant la diversité et les spécificités des modes d'intervention des associations, l'UNIOPSS situe leur rôle dans son document *Préoccupations prioritaires et demandes de l'UNIOPSS* (mai 1995).

Les 100 000 associations d'action sociale et de santé jouent un rôle essentiel en faveur de la cohésion sociale et dans la lutte contre les exclusions. Elles mobilisent, à côté des professionnels, des citoyens bénévoles qui ont la volonté de participer à l'organisation des réponses aux besoins sociaux.

Pour consacrer la dynamique associative, l'association doit être reconnue pour ce qu'elle est, au-delà de ce qu'elle fait, c'est-à-dire comme l'un des outils que se donne la société démocratique pour améliorer son fonctionnement et le sort de ses concitoyens.

Exclusion plurielle, réponses globales

Pour Alerte, collectif de 14 associations humanitaires et caritatives ayant obtenu le label de grande cause nationale au titre de la lutte contre l'exclusion en 1994 :

- l'exclusion est plurielle : l'action de l'État contre la pauvreté et l'exclusion ne peut donc

se limiter à un domaine particulier ni à une loi, mais doit être intégrée dans toute politique nationale (économique, sociale, éducative, culturelle) ; elle ne peut pas se résumer à des mesures d'urgence, mais exige des réponses à long terme et une action durable ;

- l'exclusion se concrétise par l'inaccessibilité aux droits reconnus à tout citoyen : l'État a la responsabilité première de rendre effectif pour chacun l'accès aux droits existants. Il doit donc refuser de mettre en place des droits au rabais marginalisants, ou de s'enfermer dans une logique d'assistance. Les mesures générales ne bénéficiant qu'insuffisamment aux personnes les plus en difficulté, il est nécessaire de développer des dispositifs spécifiques leur permettant d'accéder rapidement et totalement au droit commun.

L'avis présenté au Conseil économique et social par Mme De Gaulle-Anthonioz s'appuie notamment sur l'audition de personnes concernées par la pauvreté. Les acteurs interrogés relèvent une absence de demande liée à une perte d'estime de soi dans des conditions de survie, à une méconnaissance de ses droits, parfois à des complexités qui empêchent les intervenants sociaux et administratifs de tenir pleinement leur rôle, quelle que soit leur bonne volonté.

Si les personnes pauvres se font assez fréquemment soigner à l'hôpital où elles n'ont pas à faire l'avance des frais, cette tendance semble régresser un peu car existent désormais de nouvelles possibilités de soins à domicile depuis l'amélioration de la couverture sociale. Cependant, les médecins de quartier n'ont souvent pas d'autres ressources que d'envoyer les enfants à l'hôpital, même pour une affection bénigne, s'ils craignent que les familles n'aient pas la possibilité d'assurer les soins.

► *Évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté, 11 et 12 juillet 1995*

L'association Médecins du monde souligne que l'arrivée dans la rue marque souvent l'échec de ces solutions intermédiaires. Qu'elle soit brutale ou plus souvent l'aboutissement d'un processus d'exclusion plus progressif, elle semble constituer un choc dont beaucoup ne se remettent pas, surtout s'ils y restent longtemps. Ils ne survivent alors qu'au prix d'un « réaménagement existentiel » qui risque de les condamner en quelque sorte à y rester.

L'avis du Conseil économique et social indique que les centres d'actions médico-sociales ont fait leurs preuves comme outil de prévention. La PMI est massivement utilisée par les familles interrogées, jusqu'à la scolarisation des enfants. Ensuite, faute de moyens, le service de santé scolaire, comme le Conseil économique et social l'a déjà souligné dans son avis du 13 juin 1990, n'est plus en mesure de remplir pleinement son rôle de prévention et n'assure un suivi que de façon irrégulière.

► *Protection maternelle et infantile (PMI)*

Le secteur associatif a pris une large part à la sensibilisation des professionnels de santé et des pouvoirs publics et s'est fait leur partenaire. Il faut mettre à son crédit un certain nombre d'initiatives innovantes, telle par exemple la formation de « femmes-relais » dans les quartiers défavorisés, qui font dans leur voisinage un travail considérable d'éducation, de détection et d'accompagnement. Ou encore l'association Reso qui fait appel aux praticiens libéraux pour assurer un accès aux soins et la distribution de médicaments de première nécessité. Il demeure que le secteur associatif n'a ni vocation ni désir de se substituer au service public de santé pour assurer l'accès aux soins des populations très démunies.

Le groupe des associations consultées par le Conseil économique et social a demandé que la protection sociale soit généralisée et harmonisée en prenant appui non plus exclusivement sur le seul lien que constitue le travail, mais sur la résidence et la citoyenneté.

Des actions spécifiques

Les carences du système de soins classique ont entraîné des réponses comme l'ouverture de dispensaires par Médecins sans frontières (MSF) et Médecins du monde (MDM) ou plus récemment le Samu social.

L'État passe des conventions avec des grandes fédérations ou associations caritatives de solidarité qui mettent en œuvre diverses formes d'intervention à visée médicale et sociale ainsi que des actions plus globales d'information et de prévention de santé en direction des publics préconisés (MSF, MDM, Secours populaire, Secours catholique, Remède, Comede, Reso, FNARS, Entr'aide protestante...).

La circulaire du 17 septembre 1993 prévoyant la mise en place de cellules d'accueil spécialisées a permis à ces associations de proposer leur savoir-faire.

Médecins sans frontières (MSF) fait les recommandations suivantes pour la mise en place d'espaces précarité :

- la primauté du soin à la personne malade se présentant dans un service public ;
- le travail sur l'accès aux soins comme faisant partie intégrante du même service public ;
- la nécessité de l'existence de « sas » permettant à une population d'être soignée pendant un laps de temps nécessaire pour qu'elle réintègre l'ensemble du dispositif de soins.

Aujourd'hui, cette notion de sas paraît décisive dans le débat sur l'accès aux soins en France. Elle s'oppose au concept de structures spécifiques et se présente comme un dispositif intégré. Pendant dix ans, les organisations non gouvernementales ont joué ce rôle de sas, ce qui a permis d'analyser et de mettre en lumière les mécanismes de l'exclusion des soins. Quelles que soient les améliorations législatives, on ne fera jamais coïncider tout à fait le temps de la maladie, le temps du droit et le temps administratif. MSF a montré dans ses rapports d'activité que c'est précisément dans ces décalages et ces discontinuités qu'apparaissent les exclus des soins. Nous voyons aujourd'hui dans la mise en place des dispositifs précarité la reconnaissance par le système de soins lui-même de ses dysfonctionnements et de ses décalages.

Mais dans tous les cas, la responsabilité de l'État et le rôle des services publics ne peuvent être remplacés. ■