



A propos de l'intervention de l'humanitaire dans le social

Noëlle Lasne

Interview publiée dans Mouvements n°12, novembre-décembre 2000
Numéro sur le thème "Humanitaire: la politique du moindre pire?"

Document en provenance du site internet de Médecins Sans Frontières

<http://www.msf.fr>

Tous droits de reproduction et/ou de diffusion, totale ou partielle, sous quelque forme que ce soit, réservés pour tous pays, sauf autorisation préalable et écrite de l'auteur et/ou de Médecins Sans Frontières et/ou de la publication d'origine. Toute mise en réseau, même partielle, interdite.

A propos de l'intervention de l'humanitaire dans le social

Interview de Noëlle Lasne

En tant que responsable des programmes de MSF en France, que pouvez dire de la position de l'humanitaire par rapport au travail social ?

L'humanitaire a une caractéristique, c'est qu'il s'auto-mandate. En France, MSF fonctionne exclusivement sur fonds privés, sans subventions. En général, nous n'intervenons pas auprès de populations qui fréquentent les travailleurs sociaux, mais plutôt dans les creux, dans les failles, même s'il s'agit de déficiences momentanées du système, qui ne résultent pas de la négligence des personnes ou des institutions, mais plutôt de carences dans les choix politiques. On peut néanmoins se retrouver face à un travailleur social pour deux raisons. La première, c'est que l'on s'occupe de la population dont il a malgré tout la charge. La seconde, c'est que l'on va accompagner ces populations dans le dispositif dont elles relèvent, celui où opèrent les travailleurs sociaux. Ce qui peut générer un conflit, mais un conflit utile pour la personne, pour l'« usager », comme on dit c'est la mise en tension de l'humanitaire et du travail social. S'il n'y a pas de mise en tension, il n'y a pas de légitimité à ce que l'humanitaire soit là. Lorsqu'on accompagne un étranger dans un bureau d'aide sociale en l'ayant aidé à constituer son dossier, pas forcément en intervenant mais seulement en étant témoin de l'entretien, il devient plus difficile pour ceux qui le reçoivent de l'exclure, de différer les démarches, d'exercer une « discrimination douce » telle qu'elle se pratique dans nos sociétés au sein même du travail social. C'est de cette façon que l'on crée des mises en tension.

Cela peut avoir pour effet dynamique de mobiliser le travailleur social qui va réclamer de jouer son rôle auprès de cette personne. Mais il peut aussi ne pas comprendre la raison de notre présence. Puisque nous sommes là, pourquoi ne prenons nous pas cette personne en charge avec les seuls moyens de l'humanitaire, pourquoi ne prenons nous pas en charge les miséreux, puisque c'est notre rôle ? Ce qui est, finalement, le plus fructueux, c'est de travailler dans la répétition en accompagnant une autre personne de la même façon et, petit à petit, amener une espèce d'apprentissage réciproque des protagonistes, et observer les points de dysfonctionnements chroniques. Le travailleur social se trouvera peut être confronté à des situations qu'il avait voulu éviter. A ce moment, il peut y avoir entre nous échange ou guerre, ou les deux en même temps, ou les deux en alternance. Cela peut dans certains cas dépasser l'échelle individuelle pour devenir un débat public, voire politique.

Quantité de situations qui se sont exprimées au guichet peuvent s'y résoudre. Mais quelquefois il faut réclamer de rencontrer le responsable du bureau d'aide sociale, ou bien passer à l'échelle d'une mairie ou d'un Conseil général et de tout un département. L'exclusion des soins, c'est un processus actif, il y a une distribution des rôles, et les gens sont acteurs de cette exclusion. Ce n'est pas une « catastrophe naturelle ». En général, les gens qui viennent nous voir ont déjà parcouru la totalité du système de soin. Et c'est en fin de parcours qu'ils arrivent à MSF. C'est ce qui a eu lieu dans le département Nord, en 1993. Pour nous, cela a débuté avec un bébé de 16 mois atteint d'une otite qui est arrivé à MSF après avoir, non pas contourné ou évité le système de soin et le système social, mais au contraire après les avoir traversés de bout en bout — le centre PMI, le pharmacien et le CCAS — pour avoir un bon d'aide médicale. Puisque sa mère était bénéficiaire de l'aide médicale, elle avait droit à des soins médicaux gratuits. Or, cette course n'avait pas produit de

soins et, très inquiet de la situation, le médecin de la PMI avait fait une lettre. Détail très important car on a eu une trace écrite de ce qui c'était passé. Il n'y a rien de plus invisible, dans nos sociétés, que ces phénomènes d'exclusion des soins ; ce n'est pas le « SDF » qui se fait examiner en trois secondes aux urgences ou le Camerounais qui se fait jeter du bureau d'aide sociale qui vont réclamer quoi que ce soit. Il y a une invisibilité totale de ces phénomènes.

C'est pourquoi, quand il y a quelque chose d'écrit, là, on retombe sur la question de la mise en tension. Alors, on est témoin et on peut prendre à témoin. Concrètement donc, la mère de ce bébé était bénéficiaire de l'aide médicale dans le département du Nord, l'aide médicale avait pour support des bons, ce qui était totalement légal parce qu'il n'y avait pas de carte médicale partout. En revanche, ce qui était moins légal, c'est que ces bons étaient contingentés. Le Conseil général du Nord avait voté à l'unanimité de ses élus, tous partis confondus, un règlement rationnant les bons d'aide médicale à 5 par trimestre et par personne, 4 pour les étrangers, 3 pour les toxicomanes.... Etaient également rationnés les compresses, les flacons d'alcool à 90 et 60 degrés, les journées d'hospitalisation, etc.

Ces mesures figuraient dans un document officiel qui était le règlement départemental d'aide sociale du Nord, la bible des agents d'aide sociale dans les mairies, même si ce règlement était en contradiction totale avec la loi. Or le département du Nord est le plus pauvre de France, celui où l'espérance de vie est la plus courte et le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale est, en 1993, de 180 000 personnes. Au bout de 5 bons par trimestre, pour avoir un 6 bon, c'est-à-dire pouvoir consulter une 6 fois, il fallait passer une espèce de contrôle médical, demander l'accord d'un médecin contrôleur. Moyennant quoi, ce médecin octroyait, au terme du contrôle, un 6 bon. Pour le 7 il fallait recommencer. La salle d'attente MSF à Lille était remplie de gens qui n'étaient pas assurés sociaux, mais il y avait aussi des gens qui, eux, avaient tout, sauf le 6 bon. C'était des assurés sociaux, admis à l'aide médicale pour un an, que l'on soignait avec de l'argent privé, alors que tous leurs droits étaient ouverts et que l'on soignait gratuitement. C'est a priori une situation sur laquelle l'humanitaire a besoin de réfléchir.

La situation du bébé était un produit de ce système. On avait refusé un 6 bon à la mère, c'était l'hiver, il n'arrêtait pas de faire des rhino-pharyngites. Au bureau de la mairie, on lui avait dit cette chose extraordinaire «vous n'avez plus droit à un bon, maintenant il faut attendre le mois d'avril », ceci parce que le CCAS avait parfois le droit de dépasser ses quotas, mais il fallait aussi qu'à certains moments il les rééquilibre. On était en novembre. Elle avait acheté une partie des antibiotiques, trois jours, le bébé allait mieux, puis, il avait rechuté. On a soigné le bébé et on a exploré sa situation. C'est comme ça que l'on a découvert cette problématique qui n'était pas facilement visible puisqu'il fallait être présent au moment où un bon manquait à quelqu'un. Le CCAS nous a confirmé qu'il y avait un règlement, après qu'un des responsables nous a dit que c'était «comme ça ». On a cherché à obtenir le règlement départemental d'aide sociale du Nord, document du domaine public, il nous a fallu deux ans. Pendant ce temps, comme on avait été alerté, on commençait à collectionner de semblables situations.

Un jour, on a eu le document, il était illégal de A à Z. On s'est renseigné sur la possibilité de le faire abroger; à l'époque, on nous a dit qu'il n'y avait aucune possibilité juridique. On a demandé un rendez-vous au préfet du Nord, lui qui normalement est chargé de faire appliquer la loi, on n'a jamais été reçu. On a alors

essayé toute la gamme de requêtes possibles, la lettre simple, la lettre recommandée, la lettre du président de MSF, la lettre recommandée du président du MSF. On a fini par se décider pour une conférence de presse racontant le cas de plusieurs patients. Il y avait le bébé qui, avec sa mère, vivait dans un quartier pauvre de Lille, une maison sans chauffage. Il y avait un homme atteint d'asthme et du diabète qui jonglait avec les bons ; de temps en temps, il faisait soigner son asthme, de temps en temps, son diabète, etc. La conférence de presse a fait du bruit, la presse régionale s'est occupée de l'affaire, les télévisions aussi, on a même eu une demi page dans Le Monde. «Le conseil général du Nord rationne les soins aux plus pauvres ». A cela, aucune réponse politique, pas l'ombre d'une déclaration. C'était en novembre 95, avec le mouvement social, tout était bloqué. Mais on savait qu'il y avait des tensions, le Conseil général avait dit que si ça allait trop loin, il devrait s'exprimer. Les journalistes, passionnés par cette histoire, avaient eu le droit, avec un petit déjeuner de presse, à un communiqué du Conseil général disant que le système des «bons jaunes» (ils étaient jaunes !) étaient un système destiné à limiter les comportements anarchiques que les plus pauvres suivaient en matière de santé et à limiter le trafic de drogue dans le département...

Nous avons alors décidé de réduire notre activité médicale, pour se mettre à fond sur cette question de l'accès aux droits. Moins de consultation, plus d'accompagnement dans les CCAS, on allait y réclamer un bon d'aide médicale et ils allaient devoir le donner. A l'époque, on avait fait peut-être 30 000 consultations, je ne voyais pas l'utilité d'en faire 60 000. Par contre, il était utile d'être témoin de refus de bons dans des CCAS. Il était hors de question de soigner des gens qui étaient des assurés sociaux avec l'argent des donateurs de MSF. La conférence de presse nous avait valu un total isolement sur le plan associatif; toutes les associations des alentours étaient bien d'accord avec nous, mais financées par le Conseil général, elles ne pouvaient pas se permettre d'écarter. Plus personne ne nous téléphonait et les CCAS de Lille, Roubaix et Tourcoing ont cessé de nous envoyer des gens. Après sept ans de travail à Lille, nous avons enregistré une chute libre de nos consultations. La traversée du désert.

Mais, hormis les associations, n'y avait-il pas d'autres ONG humanitaires pour vous soutenir ?

Il n'y en avait pas. Par contre, deux ans après la conférence de presse, en 1997, nous avons été contactés par un collectif d'association, de syndicats et de mutuelles qui nous ont dits qu'ils voulaient lutter contre le rationnement des soins. Avec l'analyse juridique du règlement départemental, chapitre par chapitre, que l'on avait faite et publiée, on était considéré comme les «experts ». Ils nous ont donc demandés de participer au collectif. Le collectif a obtenu ce que l'on n'avait jamais obtenu tout seul un rendez-vous avec le président du Conseil général du Nord. MSF a été chargé de présenter la partie juridique. Il y avait AIDES, l'ABEJ, une grosse association du département, la CGT, la FMF, une mutuelle du Nord, ATD Quart-Monde et d'autres encore. Il y avait beaucoup de désaccords, le seul mot d'ordre sur lequel tout le monde s'entendait était de réclamer l'application de la loi dans le Nord, c'est-à-dire la suppression des bons, l'arrêt de leur contingentement et la fabrication d'une carte santé. La rencontre avec le président de Conseil général a été grotesque. Il a prétendu n'être au courant de rien. Par la suite, la rencontre avec un agent de la préfecture a été tout aussi infructueuse.

A cette époque on se rapprochait des élections dans le Nord au Conseil général, lequel était alors RPR, le Conseil régional était vert, la mairie de Lille, socialiste, avec Martine Aubry à sa tête qui, en outre, présidait la fondation Agir luttant contre l'exclusion. On a pris rendez-vous avec elle, elle avait le dossier de la conférence de presse. Incroyable, épouvantable, nous a-t-elle dit et elle a réuni le Conseil municipal qui, après délibération, a décidé que l'on ne contingenterait plus les bons au CCAS... de Lille centre. 20 mètres plus loin, la situation n'avait pas bougé. On a alors contacté le maire de Dunkerque, Michel Delebarre, qui avait donné une interview extrêmement violente contre le Conseil général et cette histoire de bons. C'était le début, on avait convaincu deux mairies. Il fallait alors lancer une pétition sur tout le département en s'adressant aux habitants. Le texte disait que, dans le Nord, la loi pour les soins médicaux n'était pas appliquée, les soins rationnés aux plus pauvres, et qu'il fallait se battre pour que ça s'arrête.

Après quelques difficultés, nous sommes parvenus à produire un communiqué de presse et une petite conférence de presse avec les autres associations. Puis, tout s'est enchaîné. On a annoncé une journée de signatures publiques, un dimanche, dans le centre MSF. Pourrait venir signer qui voulait. On avait pas la moindre idée de ce qui se passerait. Le premier à venir signer, a été Patrick Kanner, maintenant directeur de l'aide sociale au Conseil général du Nord, qui était alors adjoint au maire de Lille et juriste. C'était parti, le politique était enfin en train de s'approprier une question politique. D'autres ont signé après lui, des conseils municipaux entiers ont signé en masse. On a envoyé la pétition à tous les travailleurs sociaux de tous les hôpitaux, les médecins généralistes de réseaux, les médecins hospitaliers, les directeurs de faculté de médecine, tous les conseils municipaux de la région, tous les conseillers généraux, régionaux. Quand on a arrêté, on était près de 7 000 signatures (10 000 signatures dans un département, c'est comme un référendum). Alors on s'est mis à fabriquer des faux bons d'aide médicale, derrière, il y avait la pétition et on a organisé des points de signature sur tous les grands marchés du Nord. Des équipes de MSF, faisant de la distribution gratuite de bons jaunes, expliquaient aux gens ce que cela signifiait et leur demandait de signer. Il y a eu une autre conférence de presse, on y jouait nos dernières cartes. Le Conseil général ne s'était toujours pas manifesté, on était en 98. les élus, qui, eux, entraient en campagne pour les élections au Conseil général, commençaient à s'intéresser à ce mouvement. On voit bien le glissement qui, en même temps, était pour nous le début de la victoire. Ils commencent à s'occuper de ce dont ils doivent s'occuper. D'ailleurs, ils ont rapidement déclaré que les bons jaunes étaient un système obsolète et discriminatoire.

Les politiques se sont réapproprié votre argumentation ?

Pas entièrement. Ils ont dit qu'ils réfléchissaient depuis très longtemps à la mise en place d'une carte santé. Ils n'ont pas laissé le temps aux Socialistes de dire que, s'ils gagnaient les élections, ils mettraient en place une carte santé dans le Nord. Ce qui nous intéressait était le passage par la récupération, l'idée de changement de champs se manifestant par un «on ne va pas vous laisser ça, à vous, les humanitaires ». Il fallait qu'on ait l'assurance qu'une carte santé serait mise en place dans le Nord après les élections et que le règlement départemental serait abrogé. C'est ce qui s'est passé. Les bons ont non seulement été retirés et une carte santé mise en place, mais le seuil, qui était, dans le Nord, au Rlvil, a été relevé. À 2 400

francs, les gens payaient leurs soins, ils ont mis le seuil à 3 100 francs, ce qui a fait avancer l'accès aux soins de pratiquement 200000 personnes.

Autrement dit, donnant à voir les dysfonctionnements politiques et structurels, vous permettez de les rééquilibrer en responsabilisant ceux à qui aurait dû échoir cette tâche ?

Effectivement, pour la situation que je viens de décrire, on a manifestement servi de contre-pouvoir. Quant aux travailleurs sociaux, certains ont signé la pétition. On est militant aussi quand on est généraliste en cabinet ou qu'on est assistante sociale de secteur, du moment que l'on n'accepte pas n'importe quoi. Ce genre de situation réveille le sens militant, le sens civique, le sens de l'injustice, chez des gens qui sont complètement dans le système. Il y en a toujours qui se reconnaissent dans ce type de combat. C'est pourquoi je parlais précédemment de mise en tension, ça bouscule, ça réveille.

Cette dynamique est également une forme de résistance, en tant qu'organisation humanitaire, au fait d'être choisi comme lieu de traitement des produits de l'exclusion et d'être assigné à ce rôle. Je pense à une action que l'on a menée où la mise en tension était du matin au soir et du soir au matin, cette action n'a jamais cessé et ne cesse pas aujourd'hui alors que se sont des institutions qui le font, ce sont les lits d'hébergements médicalisés. En 1988, à Marseille et à Lyon, on a ouvert au sein de centres d'hébergement de l'Armée du salut quelques lits dans lesquels les gens pouvaient rester jours et nuits s'ils avaient une pathologie trop grave pour être soignés dans la rue, mais pas assez pour être hospitalisés. Médecins du monde et MSF se succédaient et, aujourd'hui, à Marseille comme à Lyon, c'est la DASS qui finance ces centres d'hébergement et des médecins de la ville qui y travaillent. Cela a été repris par les pouvoirs publics.

Prenons l'exemple de la personne à la rue qui a une fracture, on l'a plâtré, on l'a opéré, elle est restée un peu à l'hôpital, puis elle relève d'un établissement de convalescence. L'assistante sociale du service lui cherche une place. Quand elle dit que c'est une personne sans domicile fixe, l'établissement de convalescence s'inquiète de ne plus pouvoir s'en débarrasser. Tout ça fait que l'assistante sociale est sous la pression de son chef de service, elle doit vider des lits ; si un lit reste occupé et qu'elle ne sait pas quoi faire, elle appelle MSF en demandant si on peut le lui prendre. Nous pouvons aussi être sollicités pour des gens qui devraient être hospitalisés, mais que l'on n'a pas envie d'hospitaliser, ils sont étrangers, non assurés sociaux, alcooliques, puants, ou bien parce qu'on a des doutes sur le fait qu'ils soient vraiment malades...

Alors effectivement nous sommes assignés à prendre en charge certaine population. L'intérêt de l'humanitaire réside dans les multiples façons de réagir à cette forme d'assignation. Vous pouvez raccrocher en insultant votre interlocuteur. Vous pouvez aussi demander à l'assistante sociale où elle en est dans sa recherche de maisons de convalescence. Vous pouvez l'accompagner dans le combat que, cette fois, elle n'a pas la force de mener ou lui conseiller de demander à la maison de convalescence un refus écrit du malade. Il y a des choses qui se disent et qui ne s'écrivent pas ; en général, une direction d'établissement préfère prendre le malade que de passer le cap du refus écrit. Ce sont des choses que nous avons fini par apprendre en devenant les « spécialistes du dysfonctionnement ».