

Sus aux voleurs de poules

En mai, la Commission des Comptes de la Sécurité sociale confirme la baisse des recettes, expliquant ainsi l'accroissement du « déficit ». Mais, en additionnant la dette de l'Etat, qui ne compense pas les exonérations qu'il accorde, celle du patronat qui traîne des pieds pour payer et les pertes des recettes liées au chômage et aux exonérations abusives, le déficit disparaît. Les dépenses de soins sont maîtrisées, l'augmentation de 3,4 % est conforme aux prévisions.

C'est dans ce contexte que le 24 juin, le député UMP Gilard interpelle à l'Assemblée nationale M. Woerth, ministre du Budget : 13 % des arrêts de travail seraient abusifs ! Le ministre saisit la perche tendue. Il stigmatise les fraudeurs et lance un avertissement aux médecins prescripteurs des soins, promet une généralisation des visites de contrôle par des médecins à la solde des employeurs...

Le « trou de la Sécu » n'est qu'une création de l'esprit tordu des politiques ! Woerth a étudié la combine de Reagan. Après avoir creusé des déficits abyssaux à coups de baisses d'impôts et de cotisations sociales, celui-ci fait voter en 1985 le *Balanced Budget and Deficit Regulation Act*, faisant obligation à l'État d'abaisser les dépenses publiques pour supprimer le déficit. Les destructions de services publics suivent automatiquement. Pourquoi nos dirigeants copient-ils ce modèle au moment où les États-Unis l'abandonnent ?

Néanmoins Woerth tient à son trou. Vite, un truc qui remette tout le monde au pas. Il trouve : l'augmentation du montant des Indemnités Journalières est la conséquence des arrêts de travail, et le fait des « fraudeurs ». D'où tient-il les chiffres, quelle est leur fiabilité, leur incidence sur le budget ? Mystère. Quel serait le résultat d'une opération anti-fraude ? Une goutte d'eau face au déficit colossal annoncé ! Mais, tout le monde, ou presque, gobe. Rares sont ceux qui s'indignent ! Les malades, principales victimes, seraient des fraudeurs et les médecins des irresponsables !

Simultanément, l'Assurance maladie traque des « patients nomades » et déclenche la suspension immédiate du versement des Indemnités Journalières en cas de renouvellement d'arrêt de travail par un médecin autre que leur médecin traitant.

« Lutter contre ceux qui abusent de la Sécurité sociale, afin de protéger ceux qui n'en abusent pas » est un discours de démagogue à la recherche de boucs émissaires, plus que paroles de ministre ! Les nomades, les fraudeurs, ces « voleurs de poules » seraient responsables de tous les maux de la société et sont livrés à la vindicte populaire !

L'humanitaire est souvent instrumentalisé, alors que son rôle devrait être de répondre aux exigences légitimes du droit, en favorisant la mobilisation de ceux qu'on considère comme assistés.

1. Partenariat, pouvoir ou instrumentalisation

- 10 **1.**
- 12 **Abdoulaye Sow**
Le partenariat vu du Sud
Un médecin guinéen témoigne de la nécessité du partenariat Nord-Sud.
- 13 **Daniel Coutant**
Quelle solidarité Nord-Sud ?
Un médecin est confronté aux difficultés liées à l'organisation de la solidarité.
- 15 **Agnès Chek**
Un nécessaire travail collectif
Le travail collectif peut devenir un contre-pouvoir.
- 16 **Marie de Cenival, Morenike Ukpong**
A qui appartient la science ?
Entre conflits d'intérêts et santé publique, les labos gardent le contrôle
- 18 **Joëlle Chauvel**
Le pouvoir en mission
Une infirmière critique la prise de pouvoir par l'humanitaire et tente de le donner à ses collègues congolais.
- 19 **Sandrine Revet**
Le politique sur la scène du désastre
Une anthropologue raconte comment, au Venezuela et en Louisiane, les victimes de catastrophes naturelles s'organisent et revendiquent leurs droits.
- 22 **Denis Lemasson**
Intérioriser la politique occidentale
L'exemple de l'Afghanistan : face à la menace du conflit, l'humanitaire se tait, incapable de prendre une position politique.
- 24 **Salima Mokrani**
Quand les 4x4 croisent les chars
Comment garantir un espace humanitaire au service de réfugiés lorsqu'on assure d'abord la sécurité des intervenants ? L'exemple du Tchad.

- 25 **Michel Agier**
Places et déplacements de l'ethnologue
Un ethnologue se déplace dans l'espace humanitaire pour y étudier les liens sociaux, et relève le rôle dominant des organismes qui gèrent cet espace.

2. Violence politique et refuge

- 29 **Martine Devries et Benoît Savatier**
La mission mobile Migrants à Dunkerque
Soigner les sans-papiers au bord de la Manche demande une mobilisation des soignants, qui pratiquent l'humanitaire près de chez eux.
- 31 **Martine, Joëlle, Christiane, Regina, Ewen**
Chacun sa place ?
Des aidants témoignent de l'aggravation des conditions de vie des exilés, et de leurs difficultés à les aider.
- 34 **Sylvie Cognard**
Humain, Humanitaire, Humanoïde
Quand on se heurte à des difficultés pour adresser une personne sans-papiers à un spécialiste, même à l'hôpital.
- 35 **Sandrine Baylac**
Rétention : les risques de banalisation
L'assistance aux personnes détenues peut contribuer à renforcer un phénomène de « normalisation » de l'enfermement des étrangers.
- 36 **Arnaud Veisse**
Aux bons soins du droit d'asile
Le directeur du COMEDE explique comment le droit d'asile passe par la reconnaissance du statut de victime, certifié par des médecins dont la neutralité est illusoire.
- 36 **Christophe Tafelmacher**
La « chasse aux abus » contre les droits
La dénonciation de l'abus dans le domaine du droit d'asile met en cause le respect des droits de tous les citoyens.
- 38 **Christiane Vollaire**
Extraits du livre de Marie-Claire Caloz-Tschopp, Résister en politique, résister en philosophie
En quoi les liens entre politique et philosophie pèsent-ils sur des faits d'inégalité.
- 40 **Mohamed Kamel Dorai**
Camps palestiniens : nouvelles solidarités
Un chercheur décrit l'organisation sociale des Palestiniens en exil dans les camps de différents pays du Proche-Orient.
- 44 **Entretien avec Anis Gandeel**
À Gaza, l'humanitaire sert la guerre
À Gaza, la situation humanitaire d'urgence dure depuis 60 ans. Un éducateur palestinien témoigne.
- 44 **Anat Matar**
Humanitaire ou politique ?
Une militante israélienne s'insurge contre la gestion humanitaire de la situation des Palestiniens, qui détourne la question de leurs droits.

3. Humanitaire, droit et perversion

- 45 **3.**
- 48 **Sylvie Lagabrielle**
De quoi se mêle-t-on ?
Une juriste interroge la justification du droit d'ingérence et rappelle la violation du droit humanitaire dans nos pays.
- 49 **Jacques Richaud**
Compassion et impérialisme
Comment se construisent nos indignations sélectives ? Qui les manipule ? L'auteur s'interroge sur notre responsabilité face à l'impérialisme.

- 51 Roger Lenglet
La cause de l'eau
Un journaliste spécialiste des lobbies dénonce la mainmise des multinationales sur le marché de l'eau.
- 53 Alain Brossat
Le Pape, le préservatif et la biopolitique
L'humanitaire est devenue une fabrique de normes, qui empêche de se poser les questions politiques.
- 56 Didier Ménard
Sortir de l'hypocrisie
Le projet associatif doit-il gérer la misère ou aider les pauvres à en sortir ?
- 58 Karim Laouabdia
La santé ou les brevets ?
La lutte des ONG a permis de faire reconnaître le droit des pays à produire leurs médicaments. Sera-t-il appliqué ?
- 59 Jean-Baptiste Eyraud
La mobilisation de Droit Au Logement
Le DAL choisit de passer par l'action des mal-logés eux-mêmes pour faire avancer la loi.
- 61 Emeric Languérand
La non-réponse humanitaire
La CMU, un droit aux soins pour tous considéré comme une prestation pour assistés.
- 63 Martine Lalande
L'AME, un droit ou un piège ?
Une médecin intervenant en réseau auprès de personnes en situation de précarité interroge la régression de l'accès à l'Aide Médicale d'Etat.
- 65 Noëlle Lasne
Exercice médical et contre-pouvoir
Un médecin dénonce la situation faite aux pauvres dans notre système de soins.
- 67 Christiane Voltaire
L'avenir d'une illusion
Pour une philosophe, l'humanitaire souvent réduit à un espace de pacification sociale, devrait être un espace de droit.

MAGAZINE

4 Lucien Farhi
La nouvelle raison du monde

5 **Nouvelles de la diffusion**

6 **IDÉES**

Entretien avec Marie Pezé
Souffrance, plaisir et travail
C'est l'organisation du travail qui fait le plus souffrir les salariés, une psychanalyste en témoigne.

70 **ACTU**

Martine Devries – **Le Formindep et Que Choisir**
Marie Kayser – **Effet ZUS**
Morts à Marseille
Perdre sa vie à la gagner
Non aux CAPIS
Des recommandations sous influence
Pour une fois
Brèves diverses

75 **ENVIRONNEMENT**

Philippe Lorrain
Antenne relais et principe de précaution

76 **SANTÉ AU TRAVAIL**

Marie Kayser, Gérard Lucas
Services de santé au travail : conflits d'intérêt

78 **CLINIQUE**

Jean-Pierre Lellouche
Coliques du nourrisson

81 **CLINIQUE**

Bertrand Riff
Handicap, vulnérabilité, autonomie

84 **RÉSISTANCE**

Pierre Falk
Désobéidélince

86 **MÉDICAMENTS**

Anne-Marie Servier
Qui veut la peau des génériques ?

89 **REVUE DES REVUES**

Jean-Pierre Lellouche
Cancers chez l'enfant

90 **NOUS AVONS LU POUR VOUS**

En écho au dossier : *Gérer les indésirables ; Un Léopard sur le garrot, chroniques d'un médecin nomade ; Le monde selon K.*

Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir : *L'im-patiente ; Souffrir au travail, comprendre pour agir ; La stratégie du choc, La montée d'un capitalisme du désastre.*

La nouvelle raison du monde

— Pierre Dardot et Christian Laval, *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néo-libérale*, Éditions de la Découverte, Paris, 2009

Nous baignons dans le néolibéralisme. Et surtout, ne pas croire, selon les auteurs de cet essai, après l'avertissement donné par la crise financière en cours, que les régulations promises nous en ferons sortir. Mais, qu'est-ce, au juste, que le néolibéralisme ?

Pour faire vite, un avatar du libéralisme tout court, qui en diffère essentiellement par son totalitarisme : un système de pensée autant qu'une norme (une « rationalité » au sens de Foucault), s'appliquant à tous – individus comme institutions, y compris la première d'entre elles : l'État, mais qui prétend également régir l'ensemble de nos rapports interpersonnels et activités, économiques, familiales, amicales, sentimentales. Cette norme consiste à couler dans le moule de la concurrence, rendue synonyme de marché – concurrence et donc non plus échange, bénéfique aux deux parties – l'ensemble des comportements des acteurs.

La marque de fabrique du « sujet néolibéral » est son autonomie revendiquée, qu'il exerce à la recherche supposée sans frein de satisfactions d'ordre matériel ou narcissique, la récompense étant proportionnelle au risque encouru comme à l'habileté mise à s'emparer avant les autres de l'information nécessaire à l'accomplissement de ses désirs. Ladite récompense – ou punition, selon qu'il réussit ou échoue dans son entreprise – est calculée par application de normes quantifiées (concept de l'utilitarisme) qu'il lui revient de s'appliquer à lui-même : la boucle est bouclée, l'acteur de la pièce est tellement libre que non seulement il obéit à ses désirs, mais se récompense ou se punit de son propre chef. Plus besoin de contraindre les hommes pour les gouverner ; ils le font très bien eux-mêmes !

Pour être complet, on évoquera sans s'y attarder la face sombre de la médaille : une surveillance policière de moins en moins discrète, devenue indispensable pour éviter aux comportements hédonistes ainsi libérés de sombrer dans la violence ou la délinquance.

À l'issue d'une étude généalogique passionnante qui les aura conduits de Locke à Foucault sans oublier un cro-

chet par Lacan, Reagan et Thatcher, nos deux auteurs en arrivent à la conclusion qu'étant une construction de la raison, le néolibéralisme ne procède en rien de la nature – contrairement à l'idée prévalente chez les libéraux classiques – et s'inscrit dans l'histoire – il n'en est donc pas la fin.

Il s'est imposé par des campagnes idéologiques menées par tous les moyens modernes depuis maintenant quelque quatre-vingt ans – il n'est pas indifférent de noter que c'est un journaliste prestigieux, Walter Lippmann, qui en donne le coup d'envoi en 1930, par le biais du colloque qu'il lui consacre. Mais il s'impose aussi par la violence : érosion du droit du travail et des contre-pouvoirs syndicaux sous la menace du chômage créé par la mondialisation, financiarisation de l'économie s'accompagnant du basculement des revenus du travail vers le capital, culpabilisation des usagers des services publics et transformation de leurs droits sociaux en prestations tarifées de plus en plus privatisées (assurances complémentaires), etc.

Peut-on y échapper ? Pierre Dardot et Christian Laval n'éludent pas la question, sans se dissimuler l'ampleur de la tâche : il est plus facile de sortir d'une prison que d'un système de normes mis en place grâce à tout un travail d'intériorisation. La rationalité néolibérale tend à enfermer chacun dans sa « petite cage d'acier » (transposition de celle de Weber).

Résister, réinventer des « contre-conduites » de coopération, refuser de se comporter en « entrepreneur » dans le « gouvernement » de soi comme dans celui des autres, voici, au terme d'un périple de plus de trois siècles dans l'histoire de la pensée, le chemin ardu que nous proposons d'expérimenter, collectivement, les auteurs de cet essai passionnant. —

Lucien Farhi

N.B. En complément à cette note de lecture, nos lecteurs pourront se reporter, sur le site de Pratiques, à l'interview accordée par Christian Laval : www.pratiques.fr/Un-livre-qui-fera-date-Christian.html

Tarifs de rentrée : une bonne nouvelle !

Pratiques ne changera pas ses tarifs de rentrée pour l'exercice 2009/2010, soit 57 € pour l'abonnement normal. Déjà, notre dernière augmentation avait été limitée volontairement à un niveau inférieur à l'inflation. Nous poursuivons dans la même voie. L'objectif de populariser les idées communes que nous défendons demeure prioritaire et nous voulons qu'aucun obstacle financier ne l'entrave. Par ailleurs, malgré le différentiel de coût considérable, le tarif modique de 37 € pour les étudiants et nouveaux installés n'est augmenté que de 0,20 €, passant à 37,20 € pour des raisons purement techniques.

Naturellement, nous ne pouvons le faire que dans la mesure où l'y autorisent des efforts de productivité réalisés de notre côté. C'est ce à quoi s'efforcent en permanence aussi bien les rédacteurs de *Pratiques* que la petite équipe de nos secrétaires : rationalisation des circuits de communication internes, économies faites sur les affranchissements par la généralisation de la facture électronique, renégociation des tarifs bancaires et fournisseurs.

De votre côté, aidez-nous à maintenir cette politique, participez à cet effort. Plus nous aurons d'abonnés, mieux se fera l'étalement de nos coûts :

Parrainez de nouveaux entrants !

Déjà, aujourd'hui, près de 8 % de notre millier d'abonnés l'a été par votre entremise, au moyen du parrainage.

Signe encourageant : 3 % de ce même total d'abonnements est le fait d'anciens « filleuls », réabonnés par eux-mêmes cette fois, donc fidélisés.

Ces chiffres montrent combien précieux a été votre soutien. C'est grâce à lui que *Pratiques* a pu continuer de paraître et même, ces deux dernières années, de se développer.

Continuez !

Faites connaître *Pratiques* à votre entourage, intéressez des jeunes, abonnez vos stagiaires et recevez en cadeau le numéro de *Pratiques* de votre choix.

De notre côté, nous soutenons votre effort par la poursuite d'une politique de notoriété : participation à des émissions radio, à des rencontres et colloques, interactivité de notre site Internet : www.pratiques.fr

La mise en place de l'abonnement électronique pdf, couplé à l'abonnement papier, contribue également à la diffusion de *Pratiques*, en facilitant l'envoi de tirés à part à vos correspondants. Adoptez cette formule !

**Souscrivez au bulletin de parrainage :
vous le trouverez à sa place habituelle, à la fin de votre revue.
Merci à tous.**

Souffrance, plaisir et travail

De quoi est constituée la souffrance de ceux qui consultent à cause de leur travail ?

§ Conditions de travail,

§ Psychisme

Entretien avec **Marie Pezé**, docteur en psychologie, expert judiciaire

Pratiques : Qu'entendez-vous par « équilibre entre souffrance et plaisir au travail ? »

Marie Pezé : C'est l'angle le plus intéressant puisqu'il permet de préserver la santé mentale et physique. Tant que l'équilibre est maintenu entre ce qui fait souffrir et ce qui fait plaisir au travail, nous nous en sortons bien. Il faut expliciter ce que ces deux choses veulent dire. Je pense que l'on ne peut pas comprendre tout à fait comment cette équation fonctionne si on ne comprend pas ce qui s'investit dans l'activité de travail. D'abord, il ne faut pas confondre le travail et l'emploi, par exemple : l'écolier travaille en classe, la femme au foyer travaille à la maison. Quelquefois, nous travaillons dans notre emploi, mais quelquefois, nous ne travaillons pas : nous exécutons des choses qui n'ont rien à voir avec le travail véritable. Moi, je dirais qu'en fait, la bonne équation c'est travailler, « se » travailler et travailler ensemble.

« Se travailler » à l'âge adulte, quand nous entrons dans le monde social, c'est pouvoir exercer son montage pulsionnel personnel, c'est-à-dire, en caricaturant, que le petit sadique de l'enfance puisse trouver les moyens d'être chirurgien à l'âge adulte, que la petite voyeuriste (que je devais être) puisse devenir psychanalyste, que l'enfant qui a une pulsion scopique très étayée puisse devenir photographe.

Si nous n'avons pas d'issue pour nos pulsions partielles, la sublimation est impossible et nous savons, dans la théorie psychanalytique, que ce sont les pulsions partielles non sublimées qui font le lit des violences, des perversions, de la psychopathie. À ce titre, la capacité que la société fournit à l'individu de pouvoir trouver un emploi qui lui laisse une marge de manœuvre dans la mise en exercice du montage pulsionnel individuel, est tout à fait fondamentale. Si, dans une société donnée, la manière dont les métiers s'exécutent devient trop anonyme et réprime trop le fonctionnement spontané des organes sensoriels et du psychisme, cela ne permet pas cette libre utilisation du potentiel personnel de créativité et fait barrage aux voies de sublimation. De plus, être obligé de s'aiguiller dans des métiers qui n'ont rien à voir avec ce que l'on aimerait faire dans un but de survie financière, finit par façonner une image de soi assez terne.

À la question de pouvoir « se travailler » dans le

travail se surajoute la question du travailler ensemble. Une équipe ne se prescrit pas, il ne suffit pas d'aligner des personnes les unes à côté des autres. Travailler ensemble, c'est d'abord partager les mêmes règles éthiques sur l'exécution du travail. Cette mise en commun des valeurs d'exécution du travail se fait dans les réunions formelles, mais essentiellement dans les réunions informelles : les fameuses « pause café » ou les réunions de couloir entre deux portes qui sont décrites par l'organisation du travail comme des temps morts et donc traquées comme improductives.

Quelle est l'influence de l'intensification du travail ?

Nous voyons bien comment se sont perdus tous ces moments d'intelligence rusée, corporelle du travail. Cette intelligence ne se transmet pas facilement verbalement. C'est une intériorisation des tours de mains qui fait que le travailleur est souvent incapable d'en parler. Il possède le travail, le travail s'est sédimenté dans son corps au décours de ses formations et expériences professionnelles. Ces inventions, ces ruses, ces outils de terrain ne peuvent se transmettre que s'il existe encore des temps d'échange et de délibération et surtout des espaces qui le permettent.

Par ailleurs, trouver son équilibre au travail, c'est aussi être d'accord sur la description de ce travail. Les nouvelles organisations du travail sont totalement déficitaires de cette description. Il s'agit, dans l'organisation du travail actuelle, d'une description quantitative, avec des fiches de poste élaborées dans des bureaux de méthode. Le salarié, seul sur le terrain, doit se débrouiller avec ce que le réel du travail convoque comme contradictions et comme difficultés. Si le salarié invente une solution qui est une « tricherie » de terrain, et si cela est dévoilé, il va être sanctionné. D'où la

Marie Pezé est Docteur en Psychologie, psychanalyste et psychosomaticienne. En 1997, elle a créé à Nanterre la première consultation « souffrance au travail » qu'elle dirige toujours. En 2007, elle a été nommée expert auprès de la Cour d'Appel de Versailles lors de la création d'une section Psychopathologie du travail.

Elle a publié en 2008 : *Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés, journal de la consultation souffrance au travail 1997-2008*, éditions Pearson Éducation, France.

dépression, le découragement, le détachement du travail et même, quelquefois, l'adoption d'une posture de désengagement. Au fil des années, la coopération qui existait, avec un vrai collectif de travail soudé, des valeurs communes et une solidarité, s'est effritée en raison de l'accroissement des procédures, des écrits ministériels, de la description écrite et quantitative qui alourdissent l'activité du travail. Sans oublier que les nouvelles organisations du travail privilégiant la dislocation des équipes une fois que celles-ci sont constituées, le turn-over des cadres, des DRH et des managers assez régulièrement, ont profondément déstabilisé les travailleurs.

Nous ne pouvons plus dire que les compétences se sédimentent et sont utilisables facilement. Il y a une telle intensification du travail, une telle densification des tâches que cela ne peut que générer des pathologies de surcharge sur les versants intellectuel, cognitif, somatique et surtout comportemental. Si l'on prend l'exemple de l'épidémie de TMS1, on voit bien que l'augmentation des cadences et surtout la perte de sens et de créativité rend les gens malades.

Dans ces conditions, l'équilibre entre souffrance et plaisir au travail est très difficile à maintenir. Le travail a toujours fait souffrir, mais si le travail, aussi difficile soit-il et quelle que soit la fatigue qu'il déclenche, apporte du sens à l'identité de l'individu, à sa participation à l'œuvre collective, et lui permet de s'émanciper financièrement, de créer sa propre famille, il devient supportable. D'autre part, si l'on empêche les collectifs de construire les outils de résistance, on casse le vivre ensemble.

Vous parlez de « salarié sentinelle », qu'est-ce que c'est ?

L'illusion que c'est le salarié le plus fragile qui décompense ne peut pas fonctionner. En fait, contrairement à ce que l'on pourrait penser, c'est toujours le salarié qui ne se laisse pas faire qui craque le premier. C'est le plus authentique, celui qui est le plus attaché aux valeurs du travail exécuté dans les règles du métier. La question de l'honnêteté revient à chaque consultation, l'honnêteté n'est pas une pathologie, mais celui qui monte au créneau, qui ne veut pas tricher, devient le bouc émissaire et craque à la place de tout le monde. Souvent, ce salarié est la référence dans l'équipe, celui sur lequel on s'appuie et à qui on demande conseil. Ce salarié est en première ligne et prend de plein fouet le fait que l'on abîme son travail. En ce moment, ce qui fait le plus souffrir, c'est l'exécution du travail avec trop de vitesse et sans les moyens nécessaires. Les personnes rentrent le soir fatiguées, usées mais surtout avec l'impression d'avoir fait du mauvais boulot, pas ce beau travail exécuté dans les règles qui fait que

même si ça été dur, nous pouvons rapatrier ça dans la construction de notre identité et être fiers de ce que nous avons apporté à l'œuvre collective. Celui qui craque est aussi la partie apparente de l'iceberg et il est intéressant de voir que peut-être les autres ne vont pas aussi mal, ou pas encore aussi mal. Lorsqu'un salarié sentinelle décompense, il faut s'intéresser à ce qui se passe dans cette équipe de travail qui peut s'installer dans un mode de coopération victimaire et de harcèlement. Le salarié sentinelle qui s'acharne à tenir la vérité face aux équipes risque de passer de l'aliénation sociale à l'aliénation mentale.

Quels sont les leviers de soumission managériale au sein de l'organisation du travail ?

Les femmes supportent des situations que les hommes ne connaissent pas. Les jeunes femmes doivent être capables des mêmes offensives commerciales, mais sont facilement accusées d'être caractérielles et agressives là où les hommes sont reconnus et valorisés dans leur autorité. Une femme sera encouragée à être coquette, mais sera qualifiée d'aguicheuse dès lors qu'on aura besoin de salir sa réputation pour s'en débarrasser. La sémantique utilisée par l'organisation du travail est toujours virile.

Leurs évaluations sont rédigées avec des formes grammaticales masculines. On utilise le masculin « neutre ».

Alors que 80 % des femmes françaises travaillent et que ce sont elles qui ont le plus d'enfants, les contrats à temps partiel, les horaires décalés, les salaires de misère... s'ajoutent aux tâches domestiques majoritairement effectuées par les femmes.

On les laisse se débrouiller avec les contradictions, les impasses et les tableaux d'épuisement, de dépression... Difficile de tenir tous ces rôles. Elles le font sans reconnaissance, ça va de soi et avec le sourire ! La virilité s'exerce en « contre » dans l'asymétrie avec l'autre sexe. J'ai vu par exemple une femme ingénieur, qui au retour d'un congé de maladie à la fin de sa grossesse, s'est vu demander si elle avait bien profité de ses vacances... Les stéréotypes reviennent en force et la dimension sexiste est très prégnante, en particulier dans les banlieues dans une sorte de guerre des sexes. Quand jupe = salope, la femme est obligée, au travail et dans la société, de neutraliser l'appel érotique à l'homme. C'est toujours à elle de faire ce qu'il faut pour éviter de le stimuler...

Comment les conditions de travail jouent-elles dans ce registre ?

Toutes les pathologies du monde du travail sont en fait des pathologies de la solitude. Nous voyons bien comment les nouvelles formes d'organisation du travail la mettent en place. Les fusions-rachats

« Une équipe ne se prescrit pas, il ne suffit pas d'aligner des personnes les unes à côté des autres. »

.../...

.../... organisent la dislocation des équipes, l'éloignement géographique des services, la modification des horaires de repas d'un salarié pour qu'il ne puisse plus aller déjeuner à la cantine avec ses collègues, jusqu'à l'injonction donnée à une équipe de ne plus parler à quelqu'un, l'effacer de l'organigramme, des papiers à lettres. L'organisation du travail, lorsqu'elle veut se débarrasser d'un salarié, organise la mise en scène de sa disparition.

« **Le salarié qui craque est en première ligne et prend de plein fouet le fait que l'on abîme son travail.** »

On oublie trop qu'on ne peut pas démissionner sans perdre sa couverture sociale. Il y aurait moins de drames si l'on pouvait s'extraire d'une situation pathogène. La crise et le manque d'emplois mettent les gens dans des impasses psychiques, les oblige à retourner dans le milieu où ils subissent des pressions insupportables, sont déstabilisés par rapport à leur travail. C'est quasi mécanique. S'il n'y a ni reconnaissance sociale, ni émancipation, ni reconnaissance au bout, l'aliénation sociale est d'une extrême dangerosité pour la santé psychique.

Quelle est l'influence de la crise sur l'ambiance de travail ?

Les relations de travail deviennent houleuses, le travail est incohérent, infaisable, chacun reproche à l'autre la mauvaise exécution des tâches. Cela donne des tableaux extrêmes : « Où je me tue ou je deviens fou ». Depuis quelque temps, je suis amenée à proposer des hospitalisations d'office plusieurs fois par semaine. Je n'avais jamais vu ça. Les banquiers qui touchent des sommes colossales, le cynisme, l'immoralité instituée comme valeur, provoquent une montée de la violence sans

précédent dans les entreprises. Cela produit des décharges comportementales qui s'expriment de différentes façons :

- Contre l'utilisateur ;
- Entre collègues, injures, accidents violents, bagarres générés par les ratés de l'organisation du travail ;
- Contre l'outil de travail, contrairement à la culture ouvrière où on ne touchait pas à l'outil de travail. On voit des sabotages chimiques (menace d'un groupe d'ouvriers de polluer chimiquement l'eau d'une rivière), informatiques (institution où un virus informatique a détruit tous les fichiers), les séquestrations de cadres, les brutalités... Toutes ces actions violentes sont destinées à remplacer les violences retournées contre soi. Voir les nombreux suicides sur les lieux du travail, dernier acte hautement symbolique. Ces passages à l'acte comportementaux font partie de la révolte qui gronde.

Les gens défilent dans la rue, même les mandarins défilent aux côtés des soignants... Les soignants sont incapables de mettre en visibilité le déficit de description de leur travail dans les médias. Personne n'arrive à expliquer à quel point cela porte atteinte au travail lui-même. Ils sont coincés par deux leviers de soumission : la disciplinarisation des corps physiques ainsi que des corps de métiers et le devoir de réserve des fonctionnaires qui leur impose silence. Les apprentissages professionnels confortent cette soumission. Ils refusent d'utiliser la seule arme à leur disposition, le travail en mode dégradé. Les soignants, en effet, ne feront jamais la grève des soins et se mettent en quatre pour que les patients souffrent le moins possible des carences institutionnelles. Au risque de se perdre. ■

L'humanitaire est-il porteur de solidarité ?

Le terme « humanitaire » recouvre une multiplicité de sens et donc, évidemment, une multitude de malentendus. Tous les auteurs, à un degré ou à un autre, interrogent ces malentendus : ils traduisent la redoutable complexité des conflits réels, que recouvre le consensus médiatique benoîtement (ou criminellement) fabriqué autour de la bienfaisance.

Mais, à la diversité des sens du mot « humanitaire », répond aussi celle du mot « politique » et c'est du choc entre ces deux blocs de contradictions qu'est sorti ce numéro. La santé est un enjeu polémique, dans lequel l'exigence de solidarité est, de manière accélérée depuis les années 2000, en conflit permanent avec des pouvoirs économique-politiques explicitement destructeurs. Et, bien évidemment, la question humanitaire n'est pas, relativement à ces conflits, en position d'extériorité. L'instrumentalisation de l'humanitaire est au cœur même des politiques de santé publique, qu'elle ne cesse de contaminer, comme elle est au cœur de la question politique des migrations, qu'elle ne cesse d'opacifier.

Toutes ces contradictions affectent l'orientation même du travail humanitaire et provoquent tensions et conflits, non seulement entre les organisations, mais au cœur même de chacune d'entre elles. La violence symbolique de leurs rapports de pouvoir internes est bien souvent à l'aune de la violence réelle de leurs terrains d'intervention.

Ainsi, un humanitaire qui se présentait dans les années soixante-dix comme destiné à alerter l'opinion sur le sort des populations en danger, puis dans les années quatre-vingt comme capable de dénoncer les systèmes meurtriers qui l'avaient sollicité, se montrait, dans les années quatre-vingt-dix, soucieux d'intervenir sur le terrain du droit. Actuellement, ses positions ne sont plus guère dissociables de celles des gouvernements des pays d'origine de ses ressortissants ou de leurs représentations internationales. Dans ces pays mêmes, il peine à énoncer des positions revendicatives pour sortir du compassionnel, tournant bien peu son énergie contre les pouvoirs qu'il devrait affronter. L'émergence d'autres organisations, non humanitaires, de revendication et de défense des droits, nous montre que, désormais, les contre-pouvoirs sont ailleurs.

DES
D



Musée des Beaux-Arts de Lille, 1995.

Anatomies

Sans chercher à l'illustrer, nous vous proposons des photographies de Philippe Bazin pour accompagner la lecture de ce dossier.

Philippe Bazin, mène parallèlement une activité d'enseignant/artiste à l'École Supérieure des Beaux-arts de Valenciennes et un projet photographique autour des visages de ses contemporains.

Ces photographies sont issues d'un travail, sur les chantiers de rénovation de divers lieux culturels entre 1993 et 2000. Elles sont une métaphore des transformations institutionnelles à l'œuvre dans notre société.

Plus d'information sur l'auteur et son œuvre sur le site gallerieannebarrault.com

Partenariat, pouvoir ou instrumentalisation

Les démarches de partenariat et d'associations en réseau se répondent ici, du Nord au Sud, dans leur volonté commune d'instaurer une solidarité en acte, et d'établir des formes de relations égalitaires entre des pays dont les politiques économiques internationales tendent au contraire à renforcer les écarts.

Mais le fondement même de l'idée de partenariat est bouleversé par l'inéquité des rapports de force, en particulier dans le domaine de la recherche clinique. Sur le terrain des catastrophes naturelles, c'est par la revendication et le refus de la victimisation que les survivants parviennent à faire valoir leurs droits, en s'imposant eux-mêmes comme partenaires dans les débats qui donnent lieu à la décision politique.

Enfin, l'humanitaire classique issu des années soixante-dix, celui des « *french doctors* » qui revendiquent leur savoir de terrain, est questionné, du point de vue médical et juridique comme du point de vue anthropologique, par des acteurs de terrain. Les chercheurs ou responsables au sein d'ONG ou d'OIG mettent en évidence son fonctionnement comme système de pouvoir en même temps que son instrumentalisation. —

Le partenariat vu du Sud

§Partenariat
§Relations Nord-Sud
§Développement
§Solidarité

En 1987, un groupe d'étudiants de Conakry décide de créer une association « savante » à vocation humanitaire. C'est la naissance du cercle scientifique de la faculté de médecine de Conakry.

■ **Abdoulaye Sow**, médecin généraliste et MPH, directeur exécutif de Fraternité Médicale Guinée

www.ong-fmg.org

« Toute démarche à visée humanitaire devrait être assortie d'une ferme volonté de développement. »

Cette association composée d'étudiants de toutes les promotions se donne pour objectif de venir en aide à leurs pairs pour acquérir d'autres connaissances que celles données par la Faculté. Il s'agit de mettre sur pied, au sein de la Faculté, des conférences débats, des concours scientifiques, de diffuser des communiqués de presse, d'établir des contacts avec les autorités... Parallèlement, ces étudiants se mettent au service de la population en organisant des campagnes de sensibilisation, des séances de vaccinations de masse, etc.

Les pionniers soutiennent leurs thèses et effectuent des stages dans les hôpitaux nationaux, des vacations dans les cliniques privées... avec des engagements qui sont confortés en 1994 à l'occasion d'une épidémie de choléra. L'épidémie se déploie sur tout le territoire, mais particulièrement à Conakry avec une forte mortalité dans les quartiers pauvres et enclavés. La dynamique d'entraide du départ est relancée avec des médecins qui sortent de la Faculté.

Coïncidence heureuse ou malheureuse, à la même époque, ces jeunes médecins sont révoltés de leur situation dans les hôpitaux nationaux où ils sont mal reconnus socialement (pas de salaires, aucune responsabilité dans la gestion des services, mais des jours de gardes et de permanences qui se succèdent). Neuf d'entre eux décident de s'extraire de leur situation de chômeur ou plutôt de « travailleur sans salaire, ni reconnaissance ». Ils créent ainsi leur amicale de médecins qu'ils baptisent « Fraternité Médicale Guinée » (FMG). La vocation de départ ne change pas, mais se professionnalise avec comme objectif : apporter une assistance médico-sociale aux personnes en détresse, où qu'elles se trouvent, et leur redonner espoir.

De la clandestinité à la reconnaissance

Très tôt appréciée par la population et les institutions internationales, FMG mettra un an pour être reconnue par les autorités administratives et quatre ans contre vents et marées par les autorités sanitaires. Elle

dispensait déjà, dans la « clandestinité », des soins dans deux centres de santé créés avec les cotisations de ses membres qui travaillent bénévolement dans les quartiers, en mettant leurs compétences au service de la population. FMG gagne la sympathie de MSF Belgique. Finalement, mis devant le fait de la reconnaissance de la population des quartiers desservis, de la pression des institutions internationales (OMS, Union européenne) et des ONG (MSF Belgique), le ministère de la Santé signe avec FMG la première convention tant attendue et l'autorise à délivrer à la population des soins qu'elle recevait déjà avec satisfaction...

Pas d'humanitaire au Sud, sans se préoccuper du développement...

Au Sud où le seuil de pauvreté est supérieur à 40 % dans plusieurs pays, toute démarche à visée humanitaire devrait être assortie d'une ferme volonté de développement, ce qui suppose des choix pertinents. C'est à cela que FMG s'attelle aujourd'hui. À son actif, quatre services de santé de premier échelon, dix préfectures et cinq communes urbaines couvertes par ses actions : santé mentale, prise en charge médicale et psychosociale des groupes vulnérables (PVVIH, enfants de rues, professionnels du sexe, malades tuberculeux...), lutte contre les mutilations génitales féminines, appui à l'offre de soins dans le développement des mutuelles de santé, formation et encadrement des étudiants... avec 60 salariés, une vingtaine de bénévoles et une équipe de direction à l'avant-garde. C'est ce qui fait aussi que FMG, sollicitée par pratiquement toutes les ONG du Nord impliquées dans le champ de la santé, les oblige de fait à des relations partenariales fondées sur le respect réciproque, en référence à des valeurs affichées et se traduisant par du « donnant donnant », un concept qui n'a rien de péjoratif ici, mais qui, au contraire, donne tout son sens à la solidarité et à l'humanitaire. ■

Quelle solidarité Nord-Sud ?

Constituer un appui pour la création d'un mouvement mutualiste en Guinée, voilà la démarche d'un groupement de mutuelles de Loire-Atlantique pour qu'humanitaire rime avec partenariat.

§Mutualiste
§Solidarité
§partenariat
§Relations Nord-Sud

Daniel Coutant, médecin généraliste, président de Nantes-Guinée, chargé de mission à la mutuelle Harmonie Atlantique

Sauver des vies, sauver des victimes... est la première idée qui nous vient à l'esprit à l'évocation de la question de l'humanitaire, une idée entretenue et même renforcée par le marketing émotionnel appelant à toujours plus de générosité. Le volontaire bénévole débarque et les rapports entre les sauveteurs et les sauvés se caractérisent vite par l'inégalité et l'absence de réciprocité. L'aide d'urgence passée, que reste-t-il ? L'aide humanitaire permanente... qui ne dure que tant qu'il y a des dons...

À côté de cet humanitaire qui donne et qui appelle aux dons, il y a une autre forme de solidarité, pas moins généreuse, qui essaie d'œuvrer au développement durable, travaille à l'émergence de la société civile et reçoit aussi de ses partenaires du sud. C'est ce que revendique l'Association Nantes-Guinée en appuyant le développement de mutuelles de santé en Guinée, à la demande de groupements d'agriculteurs ou d'artisans. Composée essentiellement de personnes morales (Comité d'entreprise de la mutualité de Loire-Atlantique, la mutualité elle-même, l'employeur, la ville de Nantes et le CHU), Nantes-Guinée est financée à 50 % par le ministère des Affaires étrangères. L'argent sert à payer la formation et le fonctionnement de l'équipe du « Projet » (chef de projet, techniciens en gestion, animateurs...), une dizaine de personnes, futurs cadres des mutuelles au service des mutualistes. Au bout de six ans, six mutuelles ont été créées ; les responsables ont été élus, les instances fonctionnent (conseils d'administration, bureaux, commissions...).

Un projet intéressant, sans perdre tout sens critique...

Un peu à la manière d'un slogan, on va parler d'accès aux soins pour tous... en oubliant que pour cotiser à une mutuelle, il faut déjà être solvable, qu'en Afrique les soins sont payants, qu'il n'y pas de CMU... Faciliter l'accès aux soins pour les mutualistes dans les centres de santé publics, c'est, dans le

même temps, mettre en difficulté les infirmiers vis-à-vis de la population non mutualiste qui ne peut pas payer, quand bien même les médicaments sont disponibles pour elle. Quant à la notion de soins de qualité (?), toujours rappelée dans les dossiers, il serait plus pertinent de parler de soins acceptables pour la population, à condition de prendre soin de l'écouter... sans faire dans la démagogie. Non, les médicaments sous blister ne sont pas mieux que les génériques à l'unité ! Nantes-Guinée fait l'avance du premier stock de médicaments qui sera renouvelé avec les cotisations des mutualistes. C'est une procédure en complète opposition avec le don de médicaments, solution de facilité, non pérenne et rarement adaptée aux besoins. Est-ce abuser, alors, de son pouvoir de médecin du Nord que de s'indigner en découvrant un stock de traitements substitutifs de la ménopause, provenant de donateurs français, au moment où ils viennent d'être médiatiquement prohibés en raison de risques supposés de cancer du sein ?

www.nantes-guinee.org

« Prendre en considération la pauvreté ne signifie pas tolérer la corruption. »

Savoir garder une éthique...

Prendre en considération la pauvreté ne signifie pas tolérer la corruption, cela va de soi. De même, s'investir dans les mutuelles, c'est faire preuve de militantisme et le militantisme ne s'achète pas ! Que des indemnités pour les frais de déplacements soient versées aux trésoriers qui collectent des fonds se conçoit, que des *per diem* soient accordés aux participants à une réunion de sensibilisation sur les mutuelles, non. Pourtant cette pratique se voit avec certaines Organisations Non Gouvernementales (ONG) ! De même, il est facile de créer une mutuelle (sur le papier) en finançant le poste d'un médecin, d'une administration et le véhicule 4x4 qui va avec la fonction ! La même rigueur vaut à l'égard des salariés des projets. Pourquoi faudrait-il, en fin de projet triennal,

.../...

.../... donner les motos aux agents de terrain, sachant qu'elles ont été achetées avec de l'argent public ?

Accepter d'être déçus par des collaborateurs...

Qu'il est dur de voir des collaborateurs nous quitter, sans état d'âme, pour gagner plus d'argent ailleurs. C'est leur droit et, bien sûr, en tant qu'employeur, il faut respecter les décisions. Cela dit, ces comportements nous renvoient à une image de patron, un patron pourtant bénévole et militant qui se bat continuellement pour obtenir des financements, non pas pour lui, ni pour des actionnaires, mais pour la population guinéenne ! Que de déception aussi avec certains médecins qui, tout en affirmant être en plein accord avec le Projet, refusent de se plier aux règles de fonctionnement : rendre des comptes, respecter les procédures établies tous ensemble ou tout simplement signer un contrat de travail... Finalement, pour eux, l'appui consisterait à s'en tenir à un rôle de bailleur de fonds, de payeur aveugle...

« Arriver à assumer des responsabilités en étant quelquefois illettré(e) mérite le respect. »

Plus qu'une aide permanente, une nouvelle forme de solidarité

Le Nord ne fait pas à la place des acteurs du Sud. Un médecin de Nantes-Guinée ne va pas en mission pour soigner ou pour apporter des médicaments. Il va écouter le personnel soignant, parler avec lui méthodologie, partenariats, rencontrer les autorités sanitaires et politiques, les autres ONG... Une mission technique d'aide à la gestion entend évaluation des besoins et des ressources, mise en place de formations adaptées... À partir de là, les collaborateurs guinéens (payés par Nantes-Guinée) ne sont pas de simples exécutants, mais des acteurs à part entière, dans un pays pourtant où, pour lutter contre la pauvreté, le système D est essentiel... Qu'un médecin parce qu'il est médecin refuse d'adhérer à un cadre contractuel n'est pas acceptable, mais pourquoi les médecins du Sud devraient-ils être plus vertueux que les médecins au Nord ?

La population mutualiste est vraiment partie prenante et motivée ; comme dans bien des endroits en Afrique, l'action des femmes est impressionnante. Arriver à assumer des responsabilités en étant quelquefois illettré(e) mérite le respect. Ce sont tous ces aspects qui traduisent l'appui apporté

à l'émergence de la société civile (s'exprimant concrètement, par exemple, par des formations à la législation des mutuelles...)

La démarche n'est pas de faire de l'action pour de l'action, mais de toujours prendre le temps de réfléchir et y donner du sens en lien avec les objectifs de l'association. De cette réflexion, trois axes se dessinent : la coopération avec les autres opérateurs d'appui, la collaboration avec Fraternité Médicale Guinée (FMG), l'autonomisation du Projet.

L'équipe de Nantes-Guinée a contribué à mettre en place, en Guinée, une plate-forme des ONG qui permet de se connaître davantage et d'échanger, étape préalable à une harmonisation des pratiques.

Fraternité Médicale Guinée (voir l'article du Dr Sow page 12) est une association créée en 1994 par des étudiants en fin d'études de médecine, sur les valeurs d'accès aux soins pour tous, de travail d'équipe, de projets de prévention et de santé communautaire. Maintenant, FMG gère quatre centres de santé (après avoir travaillé dans la clandestinité). Par convention, FMG se charge de tout le volet santé des mutuelles (suivi des conventions et de la gestion, formation des professionnels de santé, mise en place des programmes de prévention...) ; l'intensité de cette collaboration fait écho à un projet de formation à la médecine de famille en Guinée mené conjointement. C'est une illustration d'une réelle démarche de partenariat Nord-Sud : former des médecins en Guinée, par des Guinéens, pour travailler en Guinée et y vivre de leur métier.

Enfin, dans cette logique, Nantes-Guinée œuvre à l'autonomisation du Projet en Guinée. Ce long processus est indispensable... Nantes-Guinée devra ainsi passer de l'étape « porteur du Projet » à « partenaire du Projet ». Sans abandonner pour autant les mutuelles, Nantes-Guinée doit, dès maintenant, préparer le relais de son action par les Guinéens.

Tous ces développements (plate-forme des ONG, projet médical avec FMG, processus d'autonomisation...) sont amorcés. Ils vont demander du temps et de l'argent. Maintenant est-ce que ces démarches sont compatibles avec la demande du ministère des Affaires Étrangères d'augmenter rapidement les effectifs des mutuelles ? Bien sûr, il faut du quantitatif, mais à condition de ne pas le dissocier du qualitatif... et de la pérennisation du Projet. N'est-ce pas là, la vraie question concernant l'Humanitaire ? ■

Un nécessaire travail collectif

Il n'y a pas de véritable solidarité sans défense et promotion de l'accès aux droits fondamentaux des populations.

■ **Agnès Chek**, directrice de la Maison des Citoyens du Monde (MCM) 1 2001-2008

§Collectif

§Citoyenneté

§Solidarité

§Droits de l'homme

Lors des mobilisations citoyennes liées aux conflits d'Ex-Yougoslavie et du Rwanda, des associations ont pris conscience que les questions de développement et de solidarité internationale devaient s'articuler avec celles de la défense des Droits de l'Homme et de la citoyenneté. Il n'y a pas de solidarité s'il n'y a pas élan vers les autres, mais cela ne suffit pas. La solidarité mise en œuvre engage une responsabilité qui va au-delà de l'aide matérielle. La relation devient bilatérale, car elle nous oblige à une autre relation avec nous-même. Citoyen d'un territoire c'est être citoyen du monde, d'où la nécessité à relier générosité et responsabilité.

Depuis plus de dix ans à travers l'organisation de l'information, les semaines à thèmes sur la solidarité internationale, les festivals interculturels « Regards sur » conjuguant la mise en valeur ici de la culture de l'autre, les débats critiques... j'ai animé ce travail au sein de la MCM. La mise en œuvre s'est toujours faite avec les associations de solidarité internationale, les associations de Droits de l'Homme et les citoyens de notre territoire pour qu'ensemble, une prise de conscience s'impose sur l'impact de la mondialisation dans notre quotidien. En rassemblant différents acteurs (militants de la solidarité internationale, des Droits de l'Homme, urgentistes humanitaires...) en s'ouvrant au grand public, en impulsant collectivement des actions d'éducation et de sensibilisation, notre but était de renforcer ici les moyens de pression qui doivent nécessairement accompagner l'action de solidarité.

S'il n'est pas toujours facile d'agir ensemble, ce travail participait à l'amélioration des savoir-faire et des compétences, notamment des petites associations, mais aussi ouvrait au dialogue et à de nouveaux partenariats (collectivités locales...).

Mais la coopération internationale doit prendre mieux en compte les savoir-faire de l'autre, là-bas. L'action des collectifs, ici, est une formidable occasion pour créer des espaces d'expressions des partenaires du Sud ou de l'Est. En 2006, nous avons fait le choix

à la MCM d'intégrer un projet de portée internationale, « le Forum Mondial des Droits de l'Homme (FMDH) ». Les acteurs de la société civile et les associations ont pris conscience de la nécessité d'investir ces rendez-vous internationaux pour faire entendre la parole et les actions des mouvements sociaux. Il ne faut pas que les citoyens se laissent distancer par une gestion « technicienne » des relations et de la coopération internationales où le militant associatif n'aurait qu'une place de simple exécutant.

En juillet 2008, pour montrer que la solidarité internationale et la promotion pour les Droits de l'Homme sont deux combats indissociables, nous avons saisi l'organisation du FMDH pour accueillir, à Nantes, l'Université Nationale de la Solidarité Internationale avec des interfaces entre les deux événements.

Dans le contexte international, le respect des droits politiques, économiques, sociaux, culturels et environnementaux pour tous les habitants de la planète est une urgence. Les mouvements issus de la société civile représentent une force de proposition tant au niveau local qu'au niveau mondial. Incontestablement, le travail en réseau permet de passer du local à l'international et faire pression sur les forces dominantes et les gouvernements afin de protéger et aider les plus faibles. Les forums sociaux mondiaux, le commerce équitable... en sont des exemples marquants. Mais cela reste encore insuffisant et il y a urgence à associer d'autres acteurs (du domaine culturel, économique, syndical...).

Nous devons agir pour que la solidarité internationale imprègne tout un chacun, qu'elle soit la prolongation indispensable de notre vie de consommateur, de citoyen... Il y a urgence à renforcer un travail en commun pour aboutir à un développement en phase avec les enjeux de société. ■

« Le respect des droits politiques, économiques, sociaux, culturels et environnementaux pour tous les habitants de la planète est une urgence. »

■
1. La MCM a été créée à Nantes en 1996.

www.maisoncitoyensdumonde.org

À qui appartient la science ?

Derrière la communauté d'intérêts affichée entre les protagonistes des essais cliniques dans les pays du Sud, industrie pharmaceutique, chercheurs, malades, il se joue des rapports de force et des contradictions.

■ **Marie de Cenival** (France), **Morenike Ukpong** (Nigeria)

Après qu'une série de controverses douloureuses sur l'éthique de la recherche médicale a déchiré le milieu des activistes comme celui des chercheurs, la question de son appropriation par les populations qui en sont les cibles est devenue cruciale. Les scandales se sont succédés ces dernières années. Après la polémique sur les essais AZT¹ dans les années 90, le film *La constance du jardinier* vulgarisait la critique en s'inspirant de l'affaire Trovan, un essai clinique profondément inéthique mené par Pfizer au Nigeria. Puis ce furent des essais de prévention du VIH au Cambodge, au Cameroun, au Nigeria qui s'interrompirent abruptement, et des ouvrages à succès dénoncèrent l'exploitation des populations vulnérables dans des grands essais cliniques².

Finalement, les agences onusiennes, l'élite de l'activisme international et quelques grandes ONG du secteur ont prôné des approches plus constructives – et moins médiatiques.

Aujourd'hui, l'heure est à la réconciliation internationale, il faut faire front et s'entendre autour d'un but commun : tous les acteurs du domaine sont invités à devenir les co-propriétaires du processus même de la recherche pour qu'ensemble, chercheurs, militants, malades et décideurs politiques, laboratoires pharmaceutiques et directeurs d'université conduisent et transforment les essais qui nous donneront les solutions qui nous manquent – pour le bien de tous.

Le monde rêvé de la recherche clinique dans les pays en développement

En 2008, l'ONUSIDA publie donc avec AVAC³ la version française d'un guide de la recherche participative intitulé *Bonne pratique participative pour la recherche en prévention* où sont prônées responsabilité partagée, mutualité des objectifs, communauté d'intérêts. Ce guide se veut participatif dans sa conception même, puisque les « communautés »⁴ ont été largement consultées et que des figures de l'activisme ont participé à sa rédaction.

Ce manuel liste les principaux protagonistes d'un essai clinique, du simple participant à l'investigateur principal, ainsi que leurs rôles et responsabilités respectifs. Page 14, par exemple, on lit : « Le respect mutuel entre tous les protagonistes est la clef d'une communication effective, d'une confiance renforcée, et du développement d'un partenariat pour atteindre des buts communs. »

Il suffira de relever que l'investigateur principal et le simple participant (une travailleuse du sexe illettrée par exemple) sont tous deux sur la liste. L'idée est que chacun doit le respect à chacun, qu'un partenariat est recherché, pour atteindre des buts supposés mutuels.

Pourtant, rien ne dit que les buts de la recherche – définis par les seuls investigateurs, sont reconnus comme « mutuels » par les populations ciblées. Quand aux responsabilités partagées... Quelle est la responsabilité d'un travailleur social – que l'on paie au nombre de personnes recrutées ? Reconnue ou non, elle est essentielle. Mais à quoi s'est-il engagé ? À faire du chiffre. Il n'est pas question d'honneur pour lui, mais de salaire.

Quelle est la responsabilité de celui ou celle qui s'engage dans un essai de traitement, et dont le but est simplement la survie ? À quoi s'est-il engagé ? Formellement, à rien, pas même à rester dans l'essai. Il ou elle a signé un formulaire type, dit « de consentement libre et éclairé », qui ne l'engage à rien. Contrairement à une idée répandue, ce n'est pas un contrat.

Fidélité forcée

Curieusement, la signature du participant en bas de ce document clef n'engage que l'investigateur, et ne lie aucunement le signataire, qui signe pour reconnaître qu'il a compris qu'il était libre comme l'oiseau ! Le formulaire type le dit clairement : « J'ai compris que je peux me retirer de l'essai à tout moment et sans préjudice pour ma santé ».

En réalité, cette liberté est toute théorique, puisqu'en

« Quelle est la responsabilité de celui ou celle qui s'engage dans un essai de traitement, et dont le but est simplement la survie ? »

Marie de Cenival est coordonatrice du programme sur l'éthique de la recherche à Sidaction ;

Morenike Ukpong est professeur d'orthodontie, fondatrice de la Coalition Nigérienne pour la recherche de vaccins et microbicides (NHVMAG).

l'absence de soins appropriés dans le pays, ou en l'absence de revenus autres que ceux que procurent les remboursements du transport vers le site de recherche, les patients sont de fait contraints à la fidélité. La signature du consentement libre et éclairé est une injonction paradoxale, qui dit bien qui a contrôle sur qui.

Qu'en est-il de l'investigateur principal ? Mettons que son but consiste à mesurer l'efficacité préventive d'un produit à travers une démonstration impliquant plusieurs milliers de personnes et dont la puissance statistique dépend du nombre de gens qui restent dans l'essai, qui prennent des risques avec leur santé – qui s'infectent. Nul besoin de savant calcul, sa responsabilité est incomparable avec celle du participant. C'est bien pour cela qu'elle est inscrite dans un protocole, validé par un comité d'éthique. Qu'une agence des Nations-Unies mette au même niveau des protagonistes aux marges de manœuvres si contrastées relève de la naïveté, voire de la complaisance.

La dilution des responsabilités n'est pas une issue honnête, il conviendrait au contraire de rendre lisibles – pour mieux les réduire – les inégalités et les violents contrastes qui sous-tendent la recherche et engendrent les malentendus et les conflits que l'on connaît.

Mariage de raison et conflits d'intérêt : le monde cruel de la recherche clinique

En l'absence de régulation et de contre-pouvoirs, les abus sont inévitables, car les uns sont toujours plus égaux que les autres, et les conflits d'intérêt sont légion. Il y a celui de la prostituée, engagée par l'équipe de recherche pour recruter parmi ses pairs, et qui vit maintenant de sa force de conviction. Il y a celui de l'activiste au Nord, pressé que la recherche avance, fatigué des capotes, à qui il tarde d'accéder à des méthodes alternatives...

On peut aussi se tourner vers le haut de la chaîne de production, vers l'OMS, instance de normalisation de la recherche médicale, dont l'objectivité toute scientifique légitime les recommandations de santé publique. L'homme qui dirigeait il y a peu le département VIH/SIDA était aussi l'investigateur principal d'essais cliniques aux enjeux politiques et sanitaires importants. On l'a vu s'opposer avec opiniâtreté à la publication de recommandations qui feraient obstacle à la poursuite de ses travaux de recherche, et en promouvoir d'autres qui serviraient son propos scientifique. De tels conflits d'intérêts sont particulièrement difficiles à dénoncer, tant il est malvenu aujourd'hui de critiquer l'« establishment » scientifique : la valeur de la recherche scientifique a singulièrement augmenté pendant la décennie, un phénomène qui rend plus

brûlante la question de savoir ce qu'elle rapporte à qui, et devant qui elle est redevable.

De fait, des campagnes privées comme IPM⁵ – sortes de monstres à plusieurs têtes – ont une influence croissante sur la définition des priorités de recherche dans le domaine du VIH. Une nouvelle forme de « technostructure » est apparue, mobilisant pêle-mêle chercheurs, labos, leaders communautaires autour d'intérêts aussi privé que charitables. Ce n'est plus les « méchants labos », et ce n'est pas non plus « la froide académie », mais c'est plus que jamais une fabrique idéologique au accents positivistes, qui donnera plus de valeur à des résultats scientifiques sur l'efficacité modérée de la circoncision qu'à des évidences plus sociales d'une réduction considérable de l'infectiosité des personnes sous traitement ARV, parce qu'il est plus économique pour le Nord de circoncire les Africains à la chaîne une bonne fois pour toutes que de les mettre sous traitement. ■

■

1. Peter Lurie du groupe *Public Citizen*, dirigé par Ralph Nader, comparait ces essais de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant aux essais Tuskegee, de sinistre mémoire, où l'on observait l'évolution de la syphilis sur les noirs américains alors qu'un traitement efficace était déjà disponible. Le scandale entraîna la démission fracassante du prix Nobel et directeur de *New England Journal of Medicine*, David Ho.
2. Sonia Shah, *Cobayes humains. Le Grand Secret des essais pharmaceutiques*.
3. *Aids Vaccine Advocacy Coalition*
4. À l'exception notable des non anglophones.
5. L'exemple des recherches sur les microbicides est parlant : des milliards de dollars investis, des dizaines de milliers de femmes enrôlées dans des essais multi site, pour démontrer la nécessité d'investissement toujours plus larges dans de nouveaux essais. La valeur idéologique du microbicide, ce produit de rêve censé épargner les femmes de la négociation du préservatif, était au départ son seul atout. Mais, poussé par des investissements privés (B. Gates), le processus de recherche a pris une valeur bien supérieure à son potentiel scientifique, vite devenu inestimable. La chaîne de « production du savoir » sur ce produit a fini par mobiliser sur le même niveau des protagonistes de tous bords : au sein des « Campagne pour la Recherche de Microbicide », on trouvait des militantes féministes, des chercheurs, des experts de l'ONU, des leaders communautaires et des milliardaires, des compagnies de marketing et des prostituées. Il devenait proprement impossible de savoir qui parlait et d'où, pour représenter quels intérêts, censément partagés par tous. IPM (*International Partnership for Microbicides*) a finalement pris un fort leadership sur ce mouvement et présente maintenant un agenda de recherche sur dix ans lourd de plusieurs milliards. IPM est une machine privée puissante qui s'autoentretient et n'a de comptes à rendre à personne.

« Les abus sont inévitables, car les uns sont toujours plus égaux que les autres, et les conflits d'intérêt sont légion. »

Le pouvoir en mission

Le pouvoir dans l'humanitaire appartient aux expatriés, alors que les professionnels du pays seraient les mieux placés pour organiser le travail.

Joëlle Chauvel, infirmière

SInfirmiers
SRelations Nord-Sud
SHiérarchie

On peut – on veut – partir travailler dans l'humanitaire pour de multiples raisons : voyager, rencontrer des gens différents, se perfectionner, donner un sens à sa vie, oublier des problèmes personnels, accroître ses connaissances ou ses compétences, se réaliser, consacrer du temps aux autres, etc. Les raisons peuvent être variées et apparemment réelles et réfléchies pour chacun d'entre nous, mais au bout du compte, si on est vraiment honnête, il faut reconnaître – avouer – qu'il y a un certain plaisir à être chef ! Avoir du pouvoir et la possibilité de l'exercer est, je pense, un élément fondamental (mais complètement nié) dans l'action humanitaire actuelle...

Je ne dis pas que les volontaires partent à l'étranger pour « dominer », mais tout l'exercice humanitaire est sous-tendu par l'exercice du pouvoir. C'est tellement vrai que, sur le terrain, aucun expatrié n'est sous la responsabilité d'un personnel national.

Il me paraît fondamental de réfléchir à cet aspect du problème.

« **Mon credo a été pendant ces quelques mois : "Imaginez que nous devions partir".** »

Au cours de mes quelques expériences de terrain, j'ai toujours eu à cœur de travailler avec les membres du service dans lequel j'avais été affectée (choléra, tuberculose, ouverture d'unité de chirurgie de guerre, malnutrition, clinique mobile...), mais il m'a fallu du temps et une grande réflexion sur ma façon de procéder pour mettre en question la – ma – démarche humanitaire.

C'est arrivé au Nord Kivu (RDC), et grâce au superviseur de la clinique mobile dont j'étais responsable. Quand j'ai commencé à travailler sur cette unité où le travail est dur, peu reconnu, moins glorieux que les services d'hospitalisation ou de chirurgie, et parfois dangereux, j'ai demandé aux infirmiers congolais de m'expliquer le fonctionnement et l'organisation de la clinique mobile, etc. Et j'ai constaté, un peu effarée, qu'ils ne savaient pas forcément pourquoi ils faisaient le travail de cette façon-là plutôt que d'une autre, mais simplement parce que l'expatrié qui m'avait précédé avait dit de faire comme ça.

Nous avons donc commencé ensemble un long

travail d'appropriation de leur service ; j'ai mis à leur disposition tous les outils dont je disposais (mode de rangement, papeterie, informatique, statistiques, temps de réflexion et de réunion) et je leur ai demandé de s'organiser comme il leur semblait le plus juste en fonction du contexte, des populations déplacées etc. Mon credo a été pendant ces quelques mois : « Imaginez que nous devions partir, que feriez-vous ? Comment le feriez-vous ? »

Ça a été une expérience extraordinaire pour moi et pour eux tous, car enfin quelqu'un reconnaissait qu'ils avaient la capacité d'être acteurs de leur travail dans leur pays et pas seulement des exécutants.

Peu avant mon départ, Fernand, le superviseur, m'a dit : « Tu sais Joëlle, c'était super, mais tu vas partir et de nouveau tout va changer... ». Dans ma grande naïveté, je lui ai répondu que ce n'était pas vrai, que leur équipe avait fait ses preuves et qu'il n'y avait aucune raison de tout remettre en question. J'avais tort : l'expatriée qui m'a remplacée a tout chamboulé et repris sa place de « chef », en leur imposant sa façon de voir les choses.

Depuis, plusieurs mois ont passé, et je ne cesse de m'interroger : comment nous, humanitaires, pouvons-nous avoir autant de mépris pour le staff national ? Ces infirmiers sont dix fois mieux formés que nous, ils peuvent faire les sutures, réduire les fractures, faire les accouchements, ils connaissent toutes les pathologies de leur pays pour en avoir souvent été victimes (palu, choléra, rougeole, etc.). Dans les pays de conflits quasi incessants comme le Congo, en cas de reprise des combats, le personnel expatrié est évacué, et les hôpitaux, les dispensaires, les CTC, continuent de fonctionner sans nous... et puis le calme revient peu ou prou et de nouveau, les « chefs » reprennent leur poste de chefs...

Ne serait-ce pas une forme de colonialisme ?

Oui, je pense qu'il faut continuer à aider les pays qui en ont besoin, mais différemment... si nous continuons à les assister, nous les rendons dépendants et incapables de prendre leur destin en mains. ■

Le politique sur la scène du désastre

La gestion humanitaire des catastrophes naturelles vise à présenter les personnes touchées comme des victimes définies par leur vulnérabilité. Or, des expériences montrent que les sinistrés sont capables de s'organiser et de s'imposer comme acteurs politiques.

§Collectif
§Territoires
§Justice
§Environnement

■ **Sandrine Revet**, anthropologue, chargée de recherche au CERI-Sciences Politiques

Depuis une quinzaine d'années, les catastrophes dites « naturelles » donnent lieu au déploiement d'un véritable monde international, qui se construit au croisement de plusieurs sphères (développement, humanitaire, environnement...) et animé par différents types d'acteurs (bailleurs de fonds, organisations internationales et régionales, acteurs étatiques, organisations non gouvernementales, centres de recherche, entreprises privées...). Ce monde hétérogène contribue à la production de concepts et de modèles de réponses aux crises provoquées par les catastrophes dites « naturelles » et de prévention des risques qui leur sont associés. Ces modèles et ces concepts contribuent notamment à qualifier les personnes qui seront prises en charge par les dispositifs mis en place.

On trouve dès lors une classification qui permet de distinguer, parmi les personnes, celles qui sont considérées comme « les plus vulnérables » : par exemple, les personnes les moins favorisées pour des critères de classe ou de structures de castes, les minorités ethniques, les très jeunes et les très âgés, les femmes, les personnes handicapées, mais aussi « les personnes dont les croyances, qui se basent sur un destin prédéterminé, peuvent être un obstacle sérieux à l'acceptation d'une culture de la prévention »¹. Au cours de cette opération de qualification, des facteurs de vulnérabilité (l'âge, le sexe, la discrimination ethnique...) sont transformés en caractéristiques individuelles ou sociales permettant de désigner « des vulnérables ». Cette qualification a entre autres pour effets de constituer les personnes en objets de l'assistance et de la prise en charge.

Dans le même temps, au cours des situations provoquées par ces catastrophes (assistance, déplacement, reconstruction...), d'autres figures de victimes que celles énoncées par le monde de l'urgence ont la possibilité de se manifester. Prises de paroles,

protestations, manifestations, résistances sont autant de ressources utilisées par les « victimes » ou les « vulnérables » pour faire entendre leur voix. J'ai pu analyser ces tactiques, stratégies et prises de paroles dans deux types de contextes différents. En premier lieu, au Venezuela, après les coulées de boue destructrices en 1999 qui ont dévasté le littoral de Vargas et provoqué plusieurs dizaines de milliers de déplacés et de sinistrés². Puis, de plus loin, après le passage de l'ouragan Katrina en Louisiane en 2005 à partir de l'analyse des mobilisations de certains acteurs sociaux, à travers des sources Internet. Bien que s'appuyant sur des ressources différentes et situées dans des contextes distincts, ces formes de critiques peuvent être analysées comme l'apparition de formes de politique sur des scènes qui se prétendent mues uniquement par l'impératif de l'urgence et par la nécessité.

Venezuela : la voix des sinistrés

Au Venezuela, les prises de parole ont eu lieu au cours des différentes phases de l'après-catastrophe (assistance dans les refuges, déplacement, reconstruction). Dans les refuges qui accueillent pendant un an environ 10 000 sinistrés dans la région dévastée, face au traitement à la fois humanitaire et normatif prodigué par des acteurs non gouvernementaux (nationaux et internationaux) et par des militaires, et face à l'incertitude qui prévaut quant à leur sort, les sinistrés organisent au cours de l'année 2000 de nombreuses manifestations.

Refusant d'être relogés dans d'autres régions du pays et demandant une reconstruction sur place, ils manifestent et bloquent d'abord la route principale de l'État de Vargas. Puis, les coordinateurs des différents refuges commencent à se réunir. Certains de ces coordinateurs étaient, avant la

« Face à la "communauté des experts", les membres de l'association des sinistrés affirment leur existence non comme "communauté de victimes", mais bien comme acteurs politiques. »

.../...

.../...

catastrophe, des leaders ou des présidents d'association dans leur quartier, d'autres fois ils surgissent sans expérience.

Avec l'aide d'une association locale, ils structurent petit à petit leurs réunions et créent une association : l'association des sinistrés de Vargas (ASODAM) dont le but est de « définir les besoins des familles sinistrées et de présenter aux autorités une figure organisée afin de participer aux plans d'avenir (les) concernant ». À partir des thèmes qu'ils jugent prioritaires – logement, travail, santé, éducation, sécurité, qui vont bien au-delà de la seule question des conditions de vie dans les refuges – les coordinateurs des refuges organisent ensuite des tables techniques auxquelles ils convoquent les autorités. Ils obtiendront entre autres la gestion d'un plan d'emploi qui mobilisera plus de mille familles pendant sept semaines pour des activités liées à la réhabilitation de la région.

Le gouvernement, par le biais du *Fondo Unico Social* (FUS) et de son ministère de tutelle, le ministère de la Santé, organise à Caracas en octobre 2000 une rencontre des familles sinistrées dont l'objectif annoncé est de faire participer directement les sinistrés à la résolution de leurs problèmes. Au cours de cette réunion, les membres de l'ASODAM se font remarquer quand, après l'acte d'inauguration et la sortie du président Chávez, ils interpellent les responsables du FUS : « Nous sommes les sinistrés, déclare l'une des fondatrices de l'ASODAM à la presse, nous connaissons le terrain et travaillons à la recherche de solutions. Pour eux, il est très facile de s'emparer de ce que nous faisons et d'affirmer que c'est le travail du FUS. Mais nous sommes des gens capables de penser et de nous organiser ³. »

Ce faisant, elle refuse la logique qui a organisé la vie des sinistrés dans les refuges, animée par le consensus qui affirme que la situation étant trop complexe, et les paramètres trop nombreux, ils sont impossibles à penser par d'autres que par des « spécialistes » (urbanistes, sociologues, géologues, gestionnaires, architectes, sismologues...). Face à la « communauté des experts » sollicitée pour penser et agir face à l'urgence et à la nécessité générée par la catastrophe, les membres de l'association des sinistrés affirment leur existence non comme « communauté de victimes », mais bien comme acteurs politiques.

Louisiane : les droits des *survivors*

En Louisiane, dans le sillage de l'ouragan Katrina, on voit apparaître de nombreuses mobilisations de la part des victimes et d'associations qui les accompagnent. D'autres figures de victimes que celles élaborées par le monde de l'urgence émergent. Parmi elles, la figure du *survivor*, mais également celle, empruntée au monde international et retravaillée par les porte-parole des victimes, d'*Internally Displaced People* (IDP).

De nombreuses réalisations, chansons, vidéos, ouvrages, listes Internet qui voient le jour sur et autour de Katrina reprennent le terme de *survivor*. C'est le cas par exemple d'un court film documentaire, réalisé en 2006 par une jeune volontaire, Tara Conley, ayant participé à l'assistance dans l'Astrodom où ont été accueillies 26 000 personnes après l'ouragan et l'inondation de la ville. Le film est intitulé *A region of survivors* et il est construit à partir d'entretiens avec deux personnes ayant vécu l'ouragan. Le film débute par une voix *off* : « Il n'y a pas eu de victimes de l'ouragan Katrina, seulement des *survivors* ».

Interrogée sur la raison pour laquelle elle a choisi le terme de *survivor* plutôt que celui de réfugiée ou évacuée pour se désigner, l'une des protagonistes du film répond : « Je dis que je suis une *survivor* à cause de tout ce que j'ai traversé, et que je ne me pensais pas capable de traverser. »

Suite à l'ouragan, une coalition d'organisations sociales, le *People's Hurricane Relief Fund* (PHRF) a vu le jour aux États-Unis. Elle rassemble quarante-six organisations du mouvement social et balaie un spectre assez large d'acteurs qui proviennent des différents mouvements d'« african-americans », ainsi que des associations de défense de l'environnement, des droits humains ou des droits des femmes. Pour le deuxième anniversaire de la catastrophe, en 2007, le PHRF organise un tribunal populaire, le Tribunal International des Droits de l'Homme qui se tient à la Nouvelle-Orléans. Composé de seize juristes venus de différents pays, le tribunal cherche à collecter, pendant quatre jours d'audience, preuves et témoignages mettant en cause la responsabilité des plus hautes autorités fédérales et régionales pour « crimes contre l'humanité, nettoyage ethnique et génocide, discrimination raciale et déni des droits des personnes déplacées ⁴ ».

Dans le texte d'appel pour l'organisation du tribunal, le PHRF demande la reconnaissance du statut d'*Internally Displaced People* (IDP) pour les victimes de Katrina qui ont été déplacées et ne peuvent pas revenir habiter à la Nouvelle-Orléans. Cette catégorisation de l'ONU, qui distingue depuis 1998 les « déplacés internes » des « réfugiés », offre des principes d'action permettant surtout leur protection sur la base de droits, entre droits humains et droit humanitaire (Dubernet, 2007). Parmi ces droits figure le droit au retour, auquel les militants du PHRF font appel pour revendiquer la possibilité des victimes de Katrina de revenir vivre dans leur ville. C'est donc en s'appuyant sur les catégories du droit humanitaire que des victimes cherchent ici à se constituer en sujets. Dans la conclusion du rapport déposé au *Committee for the Elimination of Racial Discrimination* (CERD) de l'ONU en novembre 2007 ⁵, les portes paroles du PHRF sou-

« C'est en s'appuyant sur les catégories du droit humanitaire que des victimes cherchent à se constituer en sujets. »

lignent en outre : « les *survivors* de l'ouragan se battent pour revenir chez eux et reconstruire leurs communautés ».

Les sinistrés du Venezuela et de Louisiane qui s'organisent et prennent la parole refusent d'être traités comme les objets de politiques de secours, d'assistance ou de déplacement. Ils revendiquent une place de sujets et réintroduisent ce faisant du politique sur ces scènes gouvernées par l'urgence. Pour ce faire, ils font appel à des catégories issues du monde de l'urgence (*survivors*, IDP) et les transforment en catégories ressources.

La catastrophe, loin de situer les personnes hors du social ou de les réduire à la seule préoccupation pour la survie biologique, peut donc, comme ces situations le montrent, être aussi une ressource pour ceux qui, ayant traversé la catas-

trophe dévastatrice, ont la possibilité de se constituer en sujets, a minima du récit de la catastrophe, mais aussi de prises de paroles qui ont pour objet de qualifier l'événement et d'attribuer les responsabilités. ■

1. *International Strategy for Disaster Reduction (ISDR), Living with risk*, n° 46-47, 2004.
2. Revet, Sandrine, *Anthropologie d'une catastrophe: Les coulées de boue de 1999 au Venezuela*, Presses de la Sorbonne Nouvelle, Paris, 2007.
3. *Tal Cual*, 9 octobre 2000.
4. Lettre adressée le 16 juillet 2007 par le procureur du Tribunal à Georges W. Bush.
5. Monique Harden and Nathalie Walker (*Advocates for Environmental Rights*) and Kali Akuno (*People's Hurricane Relief Fund*), « *Racial Discrimination and Ethnic Cleansing in the United States in the Aftermath of Hurricane Katrina* », nov. 2007.



Musée des Beaux-Arts de Valenciennes, 1993.

Intérioriser la politique occidentale

La menace vis-à-vis des ONG en Afghanistan met en relief la position anti-politique de l'humanitaire, incapable de critiquer la politique des sociétés dont il est issu, ce qui l'empêche de mener à bien ses projets et souligne l'ambiguïté de son action.

Denis Lemasson, médecin généraliste et écrivain, ancien directeur de programme à Médecins Sans Frontières

L'an dernier, une réunion fut organisée à Paris ayant pour thème « la sécurité en Afghanistan ». Autour de la table : toutes les grandes ONG de secours françaises. Les esprits étaient marqués par l'attentat qui venait de toucher un hôtel de luxe à Kaboul, ayant causé plusieurs morts et de nombreux blessés. L'attentat était revendiqué par les Talibans. C'était un lieu symbolique, car l'ensemble de la communauté expatriée s'y rencontrait régulièrement pour boire un verre ou se restaurer. Tous se sentaient visés, ils auraient pu y être.

Que pouvaient faire encore les directeurs des ONG pour la sécurité de leurs employés ? Ils avaient déjà imposé un couvre-feu, interdit de fréquenter tout lieu public, de marcher dans la rue, de circuler après le coucher du soleil, de sortir de la capitale. Il y avait déjà des barbelés sur les murs, des gardes derrière les portes. Cela faisait sept ans que les humanitaires étaient assimilés à l'occupation militaire occidentale. Certains se demandaient encore pourquoi... Et la grande majorité du pays était contrôlée par les Talibans.

Une heure et quart de discussion circulaire, quand vint une question : « Et la sécurité des Afghans en dehors de Kaboul, qui sont ceux que nous voulons aider ? – L'accès est rendu difficile à cause de la neige, il est très difficile de savoir ». C'était bien pour cette raison que les équipes dans les années 80 partaient six mois et vivaient avec la population tout l'hiver. Cela n'est-il plus possible ? « Trop dangereux ».

Une autre question : « Y a-t-il un responsable dans la salle qui a développé des contacts avec les Talibans ? » L'assemblée fut consternée, interdite, silencieuse. Aucune réponse. On parlait à nouveau de Kaboul et de la présence militaire de l'OTAN qui ne suffisait plus à sécuriser la capitale,

et des interventions à prévoir auprès des parlementaires français pour qu'ils comprennent la gravité de la situation. On se demandait quelle salle choisir : le Parlement en avait proposé une, mais on se demandait s'il ne fallait pas plutôt l'organiser dans les locaux d'une ONG pour éviter les amalgames. Mais il était aussi vrai que la salle de l'Assemblée était la plus grande. Un seul chuchota après la réunion qu'il avait tenté une rencontre avec les Talibans, malheureusement avortée. Pourtant, les humanitaires connaissent la plupart des chefs Talibans, depuis l'époque où ces derniers combattaient les forces soviétiques dans les années 80. Le b.a.-ba de l'humanitaire est de négocier avec toutes les parties d'un conflit pour créer et défendre un espace de travail. C'est ce qui est aujourd'hui pratiqué au Nord Kivu ou au Yémen. Pourquoi pas en Afghanistan ? Qu'ont fait les humanitaires pour adapter leur approche à ce contexte où ils ne peuvent plus travailler ? Qu'ont-ils dit publiquement devant cette impossibilité ?

L'humanitaire menacé se tait, comme s'il intériorisait la politique des pays qui forment l'armée de la Coalition : « On ne négocie pas avec des terroristes, on leur fait la guerre ». Quand il ne sert pas les intérêts des sociétés dont il est issu, l'humanitaire s'efface. Et seul le Comité International de la Croix Rouge (CICR), tout en continuant de se taire, développe des réseaux internationaux lui permettant de poursuivre les soins. L'humanitaire doit assumer son histoire, et cesser de croire à la légende qu'il vend au grand public pour attirer les dons. Le storytelling qui l'a façonné pourrait se résumer ainsi : « Traumatisé par un CICR qui maintenait le silence devant l'horreur, l'humanitaire moderne sauve les corps tout en dénonçant ce dont il est le témoin, soulignant par son action le défaut du politique ».

« Le b.a.-ba de l'humanitaire est de négocier avec toutes les parties d'un conflit pour créer et défendre un espace de travail. Pourquoi pas en Afghanistan ? »

Malgré les efforts répétés de ses promoteurs pour la présenter comme un idéal de solidarité au-delà (ou en deçà ?) du politique, l'histoire de l'humanitaire épouse les enjeux politiques et économiques occidentaux des dernières décennies. Elle est le fruit des trente glorieuses. Le sans-frontiérisme et les *french doctors* sont nés de la conjonction de la démocratisation des moyens de transports, du développement de la médecine d'urgence, de la décolonisation, et du déploiement des outils publicitaires. La guerre froide fut l'univers politique dans lequel ils grandirent, quand le « tiers-monde » était le théâtre délocalisé et militarisé des affrontements politiques. Dans les années 80 en Afghanistan, l'engagement humanitaire était du côté des « combattants de la guerre sainte », les moudjahidin, armés par les États-Unis. « L'action humanitaire occupe peu à peu l'espace laissé vacant par le politique en fournissant un contenu concret à un idéal de solidarité », écrit Rony Brauman¹. La propagande rend floues les limites entre réel et fiction. Y aurait-il des lieux d'où se retire le politique ? Et si l'humanitaire pense « occuper » un espace politique qui s'effrite, ne serait-il pas le masque d'une politique qu'il servirait alors aveuglément ? Dans son *Plaidoyer en faveur de l'intolérance*, Slavoj Žižek écrit : « La politique anti-politique humanitaire, consistant à simplement

prévenir la souffrance, se résume effectivement, en conséquence, à l'interdiction implicite d'élaborer un projet collectif positif de transformation sociopolitique. » Un projet pour sortir d'une crise est pourtant nécessaire à ceux qui souffrent, et c'est bien ce qui se passe en réalité : les communautés vivant une crise (alimentaire, militaire, épidémique) s'organisent toujours : recherche de soutien extérieur, nouvelle hiérarchie interne, armement, lobby, etc. La victime reste d'abord sujet de sa propre vie sans s'en remettre totalement à celui qui l'aide dans un temps qui serait devenu soudain « anhistorique ». Mais l'humanitaire nie le réel pour mieux le sauver, plaçant une médecine qui justifie la dépossession des corps par son exigence d'efficacité. Et même s'il ne s'agit pas d'en attendre un projet de société alternatif, on peut regretter qu'une réflexivité politique ne soit pas au cœur de l'action des grandes agences humanitaires. Un humanitaire mature mériterait de dépasser cette dépendance aux politiques occidentales qui l'empêche d'atteindre ce qu'il prétend être. Un humanitaire sans positionnement politique critique est un navire sans gouvernail, à la merci des vents portants. ■

■
1. Rony Brauman, *L'action humanitaire*, Flammarion, 2000, p. 81.



Musée des Beaux-Arts de Valenciennes, 1993.

Quand les 4x4 croisent les chars

La préoccupation de la sécurité des acteurs humanitaires peut aller à l'encontre de la neutralité et de l'efficacité de leurs interventions.

Salima Mokrani, juriste

Avec l'arrivée fin 2003 de 250 000 réfugiés du Darfour, puis en 2006 le déplacement interne de 180 000 personnes, le Tchad s'est trouvé en charge de ce qu'on a appelé une « crise humanitaire », qui a engendré la mobilisation des Agences des Nations Unies et de nombreuses ONGs. Dispenser l'assistance dans l'un des pays les plus pauvres du monde ne va pas sans provoquer tensions et déséquilibres supplémentaires, entre les populations assistées et la population hôte. L'avalanche de biens et de moyens (hélicoptères et avions, véhicules, radios, téléphones...) inévitablement suscite un sentiment de frustration, d'iniquité et le renforcement de la délinquance « ordinaire ».

Militarisation et protection

Devant la détérioration de la sécurité publique, mais surtout face à la crise toujours aiguë du Darfour voisin et à sa forte médiatisation, aux luttes d'influence dans la sous-région, au développement des rebellions au Tchad et au Soudan, les acteurs politiques actifs dans la sous-région et le Conseil de Sécurité des Nations Unies ont œuvré pour le déploiement d'un contingent militaire censé protéger les camps de réfugiés et les humanitaires, et favoriser le retour des déplacés chez eux. C'est ainsi que l'EUFOR, une force de 3 400 hommes issue de vingt-cinq nations européennes s'est déployée au Tchad en 2008, pour être remplacée en 2009 par la MINURCAT (Mission des Nations Unies en République Centre Africaine et au Tchad) qui elle, à terme, devra comptabiliser 5 200 hommes.

La militarisation de la zone ne va pas sans conséquences. Elle relègue l'action politique ou tout autre mode de résolution des conflits au second plan, et elle entraîne corrélativement une réduction de l'espace humanitaire et de son autonomie. Or, c'est pour répondre à un besoin d'assistance et de protection de populations démunies que l'action humanitaire se mobilise. Fût-il « neutre » ou qualifié de « force de paix », le déploiement

d'une force militaire qui fait des humanitaires ses premiers bénéficiaires modifie et le sens même de la démarche d'assistance et la perception que s'en font les populations : circuler sous escorte, être évacué le cas échéant dans des chars sous le regard désabusé des Tchadiens, réduit dramatiquement les frontières entre l'espace humanitaire et l'espace militaire.

Instrumentalisations du geste d'assistance

Ce paradoxe entre une action humanitaire, supposée être juste et nécessaire, et une réalité quotidienne faite d'attaques répétées de banditisme, n'est pas sans conséquence aussi sur le choix et le lieu où sont menés (ou au contraire exclus) les programmes d'assistance, sur les conditions du passage de l'aide d'urgence aux actions de développement qui doivent lui succéder, et enfin, sur le niveau d'implication des populations dans les décisions qui les concernent, seul garant de l'efficacité et de la pérennité de toute action entreprise.

Agir au nom de la solidarité internationale, fondée sur les principes d'impartialité et de neutralité, n'exclut pas et même s'accompagne le plus souvent de prises de positions politiques, et d'une recherche d'influence par les acteurs humanitaires, qui ne les met pas à l'abri d'un risque d'instrumentalisation. Le « droit d'ingérence » en est peut-être la manifestation la plus aboutie. Comment défendre un « espace humanitaire » vertueux, seul garant d'une protection intrinsèque car attachée à la notion même d'action humanitaire, et mettre en place dans le même temps l'instrumentalisation politique du geste d'assistance, au risque de favoriser toujours un peu plus la disparition d'un espace humanitaire autonome ?

La protection des humanitaires, étape obligée de la protection des populations, c'est peut-être là le signe que la solidarité a définitivement changé de nature. ■

« Circuler sous escorte, être évacué dans des chars réduit dramatiquement les frontières entre l'espace humanitaire et l'espace militaire. »

Salima Mokrani est experte auprès des Nations Unies, ancienne juge assesseur représentant le HCR à la Cour du droit d'asile en France.

Place et déplacements de l'ethnologue

DOSSIER

Pour étudier les liens sociaux dans l'espace humanitaire, l'ethnologue doit se déplacer, être à la fois sur place et à distance. Mais il doit prendre en compte un médiateur obligé, représenté par l'organisme qui gère cet espace.

SEthnologie
SHumanitaire
SDémocratie

Michel Agier, anthropologue, Centre d'Études Africaines, École des Hautes Études en Sciences Sociales

Bien avant d'aborder les terrains de l'humanitaire comme terrains ethnographiques, je m'étais trouvé confronté à des milieux en tension, en conflit, jamais cette parfaite harmonie du « lieu anthropologique », dont Marc Augé a pu montrer que c'était une fiction nécessaire, pour autant qu'on s'en tienne à l'idée du lieu (fiction et idée utiles pour l'analyse anthropologique et souvent mobilisées par les sujets enquêtés eux-mêmes, dès lors qu'un déplacement relativise leur inscription locale d'abord perçue comme naturelle ou absolue).

Chez les dé-placés (ceux sur qui on enquête), plus rien du lieu d'où l'on vient n'est évident et absolu, la relocalisation s'accompagne de resocialisation (sinon c'est l'exil sans fin) et le déplacement a un effet d'intelligence critique sur soi et sur les autres. Le parcours de l'ethnologue, fait de déplacements nombreux qui n'équivalent pas pour autant à une entrée dans l'exil, croise – à tous les sens du terme : rencontre, épouse, pense avec – la route des dé-placés : cette proximité est une bonne entrée en matière pour assumer de toute évidence l'anti-exotisme de ces nouveaux terrains, hybrides, troubles, fragiles, que sont les terrains de l'humanitaire.

Un ersatz de monde

Un dialogue entre l'ethnologue en déplacement et les dé-placés en camp commence dans un ersatz de « monde » (une intervention humanitaire est une intervention de la « communauté internationale » dont la localisation est arbitraire ou aléatoire, rarement logique d'un point de vue local, elle ne se présente de prime abord que sous l'aspect d'une mondialité en réduction). Puis cet hybride est vécu par ceux qui sont mis là en attente comme lieu d'exil (tel un interminable blocage à la frontière). Enfin, il est repensé comme possible localité à venir. Face à tant d'incertitudes, on ne peut que s'étonner de l'irrespectueuse et lointaine superficialité du vocabulaire de l'intervention internationale par-

lant de « communauté » là où les acteurs de l'humanitaire sur le terrain ne voient rien d'autre, en réalité, que des inconnus déplacés.

L'analyse des espaces socialement et culturellement hétérogènes, voire dysharmoniques, des conflits ou des divergences d'interprétation dont ils sont le cadre (et qui parfois mettent en scène les idées et paroles défendues par d'autres ethnologues ayant parcouru les mêmes terrains des années plus tôt !) passe par la prise en compte minutieuse des réseaux sociaux en interaction dans un même lieu. Cette option conditionne l'engagement de l'ethnologue dans la situation d'enquête elle-même. La profondeur de la « description dense » dont a parlé si brillamment Clifford Geertz ne nous est accessible qu'au prix d'un déplacement horizontal sur toute l'étendue du terrain en quelque sorte. L'ethnologue ne produira de la connaissance que s'il reste sur place tout en se tenant suffisamment à distance des actions et des rhétoriques produites là.

La finalité de la connaissance étant ce qui fait s'obstiner le chercheur, s'il veut pouvoir décrire cette configuration d'ensemble, il doit se demander : comment être sur place et à distance ? De fait, la position est toujours inconfortable, la marge est étroite, elle dépend de « négociations » personnelles dont l'échec peut aboutir à une interdiction d'accès au terrain en tant qu'observateur. Entrer, partir, revenir, rester et circuler dans un quartier « ghetto », dans un temple du culte afro-brésilien, ou dans un camp de réfugiés, demandent la même agilité et une même stratégie de localisation de l'ethnologue au sein même du terrain, c'est-à-dire du monde de relations qui à lui seul constitue le « terrain ».

Une attitude de déconstruction des vérités

Une succession de changements de place de l'ethnologue dans le cadre relationnel du terrain est ce qui permet l'objectivation. En pratique, la lente

« Du terrain n'émanent plus un seul propos dont l'ethnologue serait le titulaire et garant, mais une pluralité de voix différentes, discordantes, en conflit. »

Michel Agier a notamment publié *Gérer les indésirables*, Flammarion, 2008 (qui fait l'objet d'une note de lecture dans ce numéro).

.../...

.../... et progressive création d'un « objet » de recherche ne se confond pas avec le tout du terrain comme un fait donné, rond et lisse (apanage des productions monographiques ou, plus précisément, monologiques de la tradition ethnologique). Il ne se confond pas non plus avec la parole des dominants qui s'est si souvent imposée comme parole unique de l'objet (et, par une succession de calques imaginaires, comme parole de l'ethnologue) transmise à travers la figure méthodologique de l'informateur. À chaque étape de la recherche, à chaque nouveau déplacement dans l'espace enquêté, des versions successives et jamais achevées de l'objet prennent forme. Cette position n'est pas absolument anti-objectiviste, elle vise plutôt à remplacer toute préention à la production d'une vérité absolue (pour laquelle l'anthropologue est régulièrement sollicité sur des terrains en tension) par une attitude de déconstruction des vérités qui s'effeuillent une à une au long des déplacements de l'ethnologue sur le terrain et des remises en perspective qu'ils permettent. Alors, du terrain n'émanant plus un seul propos dont l'ethnologue serait le titulaire et garant, mais une pluralité de voix différentes, discordantes, en conflit. Cette pluralité et ces frictions bien sûr interpellent l'étranger qui est venu s'immiscer là, et lui imposent de savoir, pour lui-même déjà, ce qu'il veut et peut dire : tenir une parole qui ne reproduise pas celle des groupes et réseaux présents « dans » le terrain ; une parole qui, au lieu de ce miroir déformant, énonce finalement un savoir dont la substance dépendra de sa capacité à décrire et déconstruire l'hologramme d'une totalité apparente, incluant et défaisant le réseau des liens sociaux et des sens en présence.

« On a sur le terrain la présence simultanée de l'observateur, des observés, et d'un intervenant extérieur et dominant qui gère et contrôle les personnes présentes. »

Médiations et dominations dans l'espace humanitaire

Ce dont je viens de parler n'est encore qu'une relation d'enquête « classique », au sens où la situation ethnographique est habituellement considérée comme une relation duale, enquêteur-enquêté. Sur les terrains de l'humanitaire, plus généralement les terrains institués par l'intervention « totale » et souveraine d'une ou plusieurs institutions (en l'occurrence des composantes de la « communauté internationale »), la rencontre inclut un troisième élément, et la relation dialogique de l'ethnologie devient, si l'on peut dire, un dialogue à trois.

La médiation de ce tiers dans la relation de face-à-face est indispensable à la réalisation des enquêtes, à l'existence même du terrain ethnographique. Dans les camps de réfugiés c'est le HCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés) qui est cette médiation obligée – le HCR assurant l'administration et plus généralement le contrôle et la police des camps – ou l'une ou l'autre des ONG intervenant dans les camps. Ce médiateur est, comme l'ethnologue, de provenance extérieure, et il est porteur d'une forte charge symbolique en direction du « terrain » en question. Il y a donc bien une différence par rapport à ce

qu'on sait déjà des médiations sociales du chercheur sur le terrain : chefs de village, conseil d'anciens, chef de terre, chef de quartier, de groupe ethnique, leader de culte ou d'association, tous font partie intégrante du milieu et sont, aujourd'hui au moins, naturellement intégrés dans l'objet d'enquête et d'analyse des mondes en tension que l'anthropologie cherche à comprendre. Ce n'est pas le cas des médiateurs globaux/locaux qui autorisent ou permettent l'accès au terrain (l'espace d'un camp, d'une intervention humanitaire d'urgence), et qui souvent cherchent à annexer le chercheur à leur culture et leur travail, en le transformant en expert ou conseiller culturel...

En fait, et pour reprendre le langage de la méthode ethnographique, on a sur le terrain lui-même la présence simultanée de l'observateur, des observés et d'un intervenant extérieur dont l'action et le regard sont structurants. Cet intervenant est extérieur et dominant : il a conçu et dirigé la fabrication de l'espace (je parle des camps), maintenant il le gère et contrôle les personnes présentes tout en les « assistant », il décidera un jour de sa fermeture. Ce troisième élément introduit des valeurs morales, des principes et des mots (tout un langage propre) qui proviennent du propre monde institutionnel et doctrinal des intervenants – l'humanitaire, le sécuritaire, le médical, l'ONU, etc. – et qui qualifient le milieu et les personnes auprès desquels il intervient. Cela entraîne des stratégies d'adaptation, des négociations, traductions ou malentendus de la part des personnes qui vivent sous son emprise et entrent en relation avec lui.

Les risques d'une position d'expert

Que peut faire l'ethnologue dans ce cadre ? Épouser a priori la morale universaliste de l'humanitaire et se demander si les victimes répondent aux interventions conformément aux attentes ? « Ils se trompent », « Quelle est leur culture ? » « Comment peuvent-ils s'adapter, s'intégrer à ce qui est bon pour eux ? » sont les questions généralement posées aux anthropologues à qui des commandes sont adressées. Ou bien va-t-il considérer toute la situation, l'ensemble des discours et des pratiques en présence et observer leur confrontation ?

Entre l'institution de contrôle et d'assistance humanitaire d'une part, et l'anthropologue d'autre part, il y a une transparence admise implicitement dès que l'anthropologue prend la catégorie produite (« réfugiés », « déplacés », etc.) comme catégorie naturelle ; cette transparence permet la production du discours prétendument « utile » de l'anthropologue expert du HCR, par exemple. Sans le vouloir et à l'opposé éventuellement de ses convictions, il est logiquement amené à identifier et nommer les « tricheurs », « resquilleurs », « faux réfugiés », etc., bref à contribuer au travail biopolitique de gestion des populations. Prendre comme objet la catégorie des réfugiés laisse hors-champ le

gouvernement (je l'appelle gouvernement humanitaire) plus ou moins invisible qui institue, définit, contrôle et fixe l'espace de vie des catégories qu'il reconnaît et crée en même temps. Au contraire, s'il inclut l'ensemble des points de vue en confrontation sur l'espace humanitaire, il intègre à son « objet » les producteurs et vérificateurs de catégories. Il se détache ainsi de la science biopolitique à laquelle il participerait s'il se concentrait, dans un élan d'abord humaniste et en bon expert, sur la catégorie des réfugiés. Rendre la totalité de la situation tout en y étant, c'est se déplacer sur l'ensemble des points de vue de l'échiquier social et politique que représentent les espaces humanitaires. C'est cette configuration d'ensemble à un moment donné qui devient l'objet de l'ethnologue et non pas les réfugiés.

Une fois restitué le parcours qui va des réfugiés aux camps et des camps au dispositif humanitaire, le sens d'un engagement personnel au sein d'une organisation, Médecins sans Frontières, peut être remis à sa juste place. Élu en 2004 au Conseil d'Administration de la section France, réélu en 2007, je n'ai jamais eu de commande de MSF, ni n'ai eu à remettre de rapports. Je n'en ai jamais été salarié. À l'inverse, j'ai considéré dès le début de ma relation avec MSF qu'un espace de dialogue était possible et il m'est arrivé, de ma propre initiative, de proposer de débattre de mes recherches, de les inclure dans le débat critique interne. Débat sur l'aveuglement des ONG face au dispositif des camps, débat sur la gouvernance, sur la dés-occidentalisation de l'action humanitaire. En outre, le fait de

l'élection me donne un mandat de prise de parole qui, au lieu de m'interdire ou de limiter la parole, me pousse à la prendre et à me demander à chaque fois, sous cette pression citoyenne, ce que je veux dire et suis capable d'argumenter. C'est en ce sens un engagement politique, visant à la démocratisation de l'humanitaire. « Un camp n'a pas besoin de démocratie pour fonctionner » m'avait dit un administrateur de camp en Sierra Leone. C'est contre cette expression du pouvoir que je conçois mon engagement actuel, électif, à MSF. L'humanitaire a besoin de démocratie pour survivre, surmonter sa crise morale, et redonner un sens à son intervention. ■

- 1. *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*, Paris, Seuil, 1992.
- 2. « La description dense. Vers une théorie interprétative de la culture », *Enquête – anthropologie, histoire, sociologie*, n° 6, 1998, Marseille, Éditions Parenthèses, p.73-105 (version originale : "Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture", in C. Geertz, *The Interpretation of Cultures*, 1973).
- 3. À propos du terrain anthropologique comme expérience de l'altérité, je me permets de renvoyer à *La sagesse de l'ethnologue*, Paris, éditions de L'Œil neuf, 2004. Plus encore que de « stratégie », Jean-Pierre Olivier de Sardan parle de « politique du terrain » et énumère les conditions méthodologiques de sa faisabilité (voir *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Bruxelles, Académia Bruylant éditons, 2008).
- 4. Je reprends ici, en les résumant à très grands traits, les réflexions développées dans *Gérer les indésirables. Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*, Paris, Flammarion, 2008 (chapitre 3. « Un ethnologue dans les camps de réfugiés », p.99-110).



**Le Fresnoy,
Tourcoing,
1995.**

Violence politique et refuge

Il y a actuellement une profonde difficulté à exercer la solidarité. Dans ses aspects souvent dérisoires, la figure du bénévole en est une illustration. Dans une période où le délit de solidarité s'inscrit à la fois dans les faits et dans le droit, un texte à plusieurs voix met en évidence, autour de l'espace de Calais, en résonance avec le port grec de Patras, ce simple fait que la place impossible à trouver pour les migrants est aussi une place impossible à tenir pour les intervenants. C'est pourquoi l'argumentaire humanitaire, dans la mesure où il se prétend souvent « neutre », est impuissant à prendre en compte la violence des atteintes au droit. Son « apolitisme » sert ainsi de caution aux politiques instituées. Les résistances, qui viennent d'autres formes d'associations, se posent, elles, en termes explicitement revendicatifs. L'association prend alors son sens fondamentalement militant : une posture de guerre contre l'abus de pouvoir. Enfin, la situation faite aux Palestiniens nous paraît emblématique des impasses criminelles auxquelles conduit une humanitarisation du politique. —

La mission mobile Migrants à Dunkerque

Dans le Dunkerquois, des soignants se mobilisent et s'organisent.

■ **Benoît Savatier** et **Martine Devries**, médecins généralistes

§Sans-papiers
§Accès aux soins
§Collectif
§Humanitaire

Des conditions de vie terribles

Après (et malgré) la fermeture du camp de Sangatte en 2002, les migrants sont encore plus nombreux sur le littoral de la Manche et de la mer du Nord¹, essayant de passer clandestinement en Angleterre par tous les moyens possibles, et survivant dans des conditions effroyables. Dans la région de Dunkerque, ils sont probablement cent, cent cinquante, Afghans, Irakiens, Pakistanais, et aussi Ethiopiens, Somaliens, qui vivent là, dans l'attente, l'extrême précarité matérielle, et l'incertitude complète sur l'avenir. Il s'agit de campements de fortune, des bâches, quelques tentes, des cartons, la « jungle » (prononcer à l'anglaise djingel). Des bénévoles regroupés en association² tentent de les aider en apportant de la nourriture, des vêtements, des couvertures, en les aidant à accéder aux douches ou à différents services. Depuis l'arrivée du « grand froid », les municipalités aussi se sont mobilisées : à Teteghem, un local communal a été ouvert ; il est bien un peu loin de l'autoroute, et le fonctionnement un peu rigide le rend peu fréquenté. À Grande Synthe, une grande tente a été mise à disposition, et reste malgré le redoux, démontée pour la tempête, remontée ensuite par les services communaux ; l'accès aux douches est autorisé. Il faut dire qu'à Grande Synthe, le campement est extérieur à la ville, il n'y a pas de rejet par la population, et les associations d'aide humanitaire sont importantes. « Ah, c'est vous docteur ? Vous venez aussi ? » s'écrie avec satisfaction le chauffeur du véhicule municipal, client du même docteur !

Les soins sont limités, mais très demandés

Pour les soins, depuis longtemps un cabinet de médecine générale accueillait à la demande, de temps en temps, des migrants malades. Devant le nombre croissant de migrants, ils se sont regroupés en mission de Médecins du Monde, organisés³, et actuellement, ce sont trois « consultations » par semaine que les bénévoles, médecins et infirmières arrivent à assurer dans trois lieux de campement différents. Mais pour les migrants malades, ce n'est pas toujours suffisant, une consultation par semaine, notamment pour le suivi des infections de la peau,

qui sont fréquentes. Les conditions de soin sont d'autant plus difficiles que le camion aménagé qui faisait office de cabinet de consultation, après être tombé longuement en panne, a été incendié⁴. Et c'est dans le camion de Salam, ou celui d'Emmaüs que les soins ont lieu actuellement, obligeant à des transferts supplémentaires de matériel, ce qui prend du temps et de l'énergie. Parfois même, c'est à l'arrière des voitures personnelles, ce qui rend les conditions d'examen des malades très insatisfaisantes. Mais c'est une véritable dynamique qui s'est enclenchée : 10 médecins⁵ et autant d'infirmières⁶ se succèdent au fil des semaines. Les soignants sont donc bénévoles de MdM, les médicaments et le matériel nécessaires sont financés par MdM, utilisés à bon escient, mais sans restriction, ce qui est très satisfaisant pour les soignants. Les pathologies rencontrées sont les mêmes depuis Sangatte : problèmes de peau liés aux mauvaises conditions d'hygiène (gales et plaies surinfectées), traumatismes nombreux à cause des escalades et descentes périlleuses des camions, infections saisonnières (rhumes, bronchites, otites), maux de dents. La communication avec les patients migrants est difficile, car aucun ne parle français, et c'est frustrant pour les soignants de parler un anglais très limité de part et d'autre, avec parfois l'obligation de passer par un tiers lorsque le patient ne parle que sa propre langue. Mais c'est très gratifiant de sentir la confiance qu'ils ont envers les soignants bénévoles. L'autre grande frustration est de constater de près leurs conditions de vie, et en particulier d'hygiène, malgré l'action des associations.

Et l'institution ?

Les urgences sont acceptées par l'hôpital de Dunkerque, dans le cadre du dispositif PASS, mais quelle difficulté à le faire connaître du personnel même de l'hôpital ! Et c'est fréquent de voir un migrant sortir de l'hôpital avec une prescription sur une ordonnance, comme s'il existait une pharmacie dans la « jungle », alors que le dispositif

« ... une véritable dynamique qui s'est enclenchée : 10 médecins et autant d'infirmières se succèdent au fil des semaines. »

.../...

.../... prévoit qu'il reçoive le traitement médicamenteux « en nature ». Un groupe de travail avec des représentants de MdM, des associations humanitaires, et de l'administration travaille sur l'amélioration de l'existant, mais laborieusement et lentement, « à coût constant » ! Il faut dire que l'État, financeur du dispositif, est mauvais payeur pour l'hôpital, maître d'œuvre.

Ce qui mobilise les soignants

L'énergie et l'enthousiasme manifestés par les soignants bénévoles donnent à réfléchir, comparés au discours habituel des professionnels. Il y a plusieurs éléments qui permettent de comprendre : le plaisir de travailler en binôme, médecin-infirmière, chacun dans ses compétences, et en complémentarité. L'intérêt et le soutien réciproque amené par la venue concomitante des bénévoles qui s'occupent des repas, des vêtements et des démarches (comme aller à l'hôpital, comprendre les papiers, aider dans les démarches administratives s'il y en a) est aussi une découverte. Les migrants rencontrés dans le Dunkerquois ne parlent jamais français, avec certains on peut parler anglais : des réunions sont faites pour s'améliorer en anglais médical, animées par des enseignants, bénévoles eux aussi. Il y a aussi le projet d'une réunion de tous les intervenants de terrain sur les

migrations, élément de géopolitique. C'est une ouverture, cela permet de sortir du train-train du quotidien d'une manière cohérente avec les centres d'intérêts et les compétences des soignants. Il y a aussi, peut-être, pour certains, le rêve ancien de faire de la médecine humanitaire, qui, pour une raison ou une autre, n'a pas pu se réaliser : les enfants, le conjoint, les contraintes financières. Et là, l'étranger est à la porte, il a des besoins évidents, c'est naturel de s'en préoccuper, c'est un rattrapage sur la frustration qu'entraîne souvent l'exercice de la profession actuellement. Un des médecins dit : « Il y a quelques années, les migrants étaient à Calais, à 40 km, mais maintenant, ils sont à 300 mètres de mon cabinet ! » ■

1. Rapport de la CFDA « La loi des jungles » septembre 2008 <http://cfda.rezo.net>
2. Salam www.associationsalam.org ; Emmaüs Grande Synthe
3. Dans le cadre de la mission migrants du littoral Nord-Pas-de-Calais de Médecins du Monde.
4. Après l'incendie, relaté dans le journal local, un appel aux dons pour acquérir un nouveau véhicule a recueilli près de 1 000 euros dans la semaine !
5. Neuf médecins libéraux en activité, et un médecin hospitalier.
6. Les infirmières ne sont pas en activité, sauf une qui est salariée de l'hôpital.

Ali,

30 ans, Afghan, est rencontré au camp de Loon Plage. Il a un abcès collecté du mollet gauche, à la suite d'une plaie ; le médecin lui propose de l'inciser, là, sur place, pour le soulager. Il lui explique qu'il va avoir mal, qu'il faudra ensuite des soins locaux, mais qu'il va ainsi guérir et éviter des complications. Ali accepte. L'incision est pratiquée sur un malade assis, car il a refusé de s'allonger dans la camionnette, le geste est douloureux, le patient l'endure, sans aucune plainte. Il fait d'ailleurs un malaise vagal.

Samia,

22 ans, Érythréenne, est arrivée avec son mari, il y a quelques semaines. Elle est enceinte de quatre mois, suivie à la consultation de PMI de Grande Synthe. À la suite d'efforts : monter et descendre des camions, chuter, courir, elle rompt la poche des eaux, ce qui expose le fœtus à l'infection et à un accouchement prématuré. Elle fait une fausse couche dans les semaines suivantes, sans avoir pu bénéficier d'une interruption médicale de grossesse.

Chacun sa place ?

À Calais, la situation inhumaine faite aux migrants, en particulier depuis la fermeture du centre de Sangatte, les expose à la violence. En même temps, elle expose ceux qui veulent les aider aux poursuites parfois, mais surtout au désarroi. Ce dossier à plusieurs voix, dans son caractère informel, en résonne.

■ **Martine, Joëlle, Christiane, Regina, Ewen**

La question n'est pas seulement plurivocale, mais aussi plurifocale, de la France à l'Angleterre, de la Grèce à l'Italie. Ces zones de transition que sont Calais ou Patras sont aussi des espaces urbains : des lieux où la sédentarité ordinaire rencontre la brutalité des politiques migratoires.

MARTINE

Un bénévole, Simon, héberge des migrants, habituellement pour un temps de repos, avant qu'ils ne repartent « sur le terrain ». Migrants et bénévoles le savent et font volontiers appel à lui lorsqu'ils rencontrent des gens particulièrement en difficulté. Depuis une dizaine de jours, il a à la maison un jeune érythréen, Cham, de 24 ans, sur la demande de ses compatriotes, qui trouvent que ça ne va pas bien... Il me téléphone donc régulièrement pour me demander conseil, « Il faut absolument qu'il voie quelqu'un » et, depuis dix jours, j'ai toutes les peines du monde à me faire décrire la nature des troubles.

Dimanche dernier, il devait venir (il habite à 40 km), avec son pensionnaire, vers 18 heures... et Cham refuse absolument de sortir de la voiture ! Affirmant qu'il allait bien, et qu'il n'avait pas besoin de médecin. Je parlements cinq minutes (c'est long) à la portière, puis je rentre chez moi.

La semaine se passe, avec deux coups de fil, où Simon me redit « qu'il ne va pas bien » et « qu'il doit voir quelqu'un ». Ils reviennent à Calais le dimanche, à 18 heures. Cette fois-ci, Cham sort de la voiture et entre en traînant les pieds dans le cabinet médical, accompagné de Simon, ce que nous avions prévu. Cham est un grand jeune homme mince, il porte des lunettes noires complètement opaques, et son visage est absolument immobile. Il refuse de s'asseoir, et restera debout pendant toute la durée de l'entretien. Il est très grand. La conversation se déroule en (mauvais) anglais.

Moi, je pense à ce que cet homme a pu vivre au cours de son voyage, il est sans doute passé par un camp en Libye, a probablement vécu dans la rue en Italie, fait de la prison à un moment ou un autre, torture, prostitution, désarroi, tout est possible... On n'en saura pas plus. Ils parlent un moment devant moi tous les deux, puis Cham affirme : « Je suis italien, je me sens italien ». Et il explique qu'il a vécu longtemps en Italie, qu'il veut y repartir dès qu'il sera « reposé », samedi prochain, ou lundi. Quelques jours plus tard, Cham est parti.

J'essaie de préciser ce qu'il me paraît important de dire :

- la situation des migrants est terrible et les « casse », soit lors de leur voyage, soit plus tard comme Cham qui a quitté son pays il y a plusieurs années ;
- les personnes bénévoles qui travaillent avec/pour eux sont eux aussi, déstabilisées, parfois sérieusement. Ceux qui ne s'en occupent pas sont quand même concernés ; mais peut-être ont-ils de meilleurs mécanismes de défense ?

Comment aider les aidants ? Que deviennent ceux qui abandonnent parce que c'est trop lourd ? Comment être concerné et ne pas s'y perdre ? Comment durer ?

JOËLLE

Parce que je me trouve là ce jour-là, et que je me sens concernée par la situation des réfugiés de Calais, par la façon dont les habitants de cette ville co-existent avec ces étrangers, comment chacun est affecté par les silhouettes qui se déplacent généralement en groupe du côté du canal ou d'une vieille voie ferrée...

Martine reçoit deux hommes aujourd'hui dans son cabinet médical, le rendez-vous n'a pas été facile à organiser. C'est pour cela que nous nous sommes mises à parler des bénévoles, des efforts des bénévoles pour faire quelque chose, efforts

.../...

.../...

pour étouffer l'impuissance et la révolte ? Les bénévoles s'occupent de l'organisation des repas, ils ne peuvent guère plus ; mais certains vont plus loin, pour des raisons personnelles, idéologiques, humaines, peu importe, ils dépassent la ligne jaune, se laissent envahir par les réfugiés, comme ici, Simon. Ils ne s'interrogent plus sur ce qu'ils engagent, nous nous demandons comment penser librement quand les actes eux-mêmes sont interdits par la loi. Nous nous demandons comment la violence qui est faite aux réfugiés se retrouve parmi les bénévoles eux-mêmes. Constat absurde ou qui fait taire, il y a aussi de la violence au sein des associations de bénévoles ; la liberté de penser inféodée à la liberté civile ?

CHRISTIANE

Être solidaire d'une opacité. Ce jeune Érythréen qui se sent Italien, c'est aussi toute l'histoire de la colonisation italienne en Éthiopie du temps du fascisme.

Aider quelqu'un qui ne veut pas être aidé, mais simplement reconnu pour ce qu'il se sent être. Une pathologie de l'identité induite par l'histoire pathogène de la colonisation, puisque, si l'Érythrée a bien été italienne, les Érythréens, eux, n'étaient pas pour autant italiens. Pas plus que les Algériens de l'Algérie française n'étaient citoyens français.

Après, c'est aussi ce désarroi de la solidarité qui paraît propre à la situation actuelle de Calais, avec tout ce que tu décris, de la constitution d'un non-monde entre parenthèses, à la fois hors de l'espace public et dans une distance qui le met à sa portée. Le rend à la fois perceptible et invisible. Une situation elle-même pathogène pour les aidants, qui ne peuvent se fonder ni sur le droit commun puisqu'ils sont eux-mêmes menacés de poursuites pénales ni sur le refus du droit, puisque c'est justement cela qu'ils dénoncent.

Quand tu poses la question « Comment durer ? », c'est parce que tous ces éléments de déstructuration affectent l'espace social lui-même, et je pense, l'espace même de l'échange entre les aidants.

De l'autre côté de Calais, il y a l'Angleterre, que les migrants cherchent à gagner en franchissant la Manche. Point de vue d'un activiste britannique.

EWEN

La situation des demandeurs d'asile en Grande-Bretagne est dramatique : ils sont en détention pour une durée illimitée, ce qui est contraire à l'*Habeas Corpus*. C'est comme ça dans tous les pays de langue anglaise, les États-Unis, le Canada, l'Australie, ils sont tous calqués sur les États-Unis. Ils sont donc détenus, sans avocat. Du fait qu'ils n'ont pas d'avocat, les médecins des centres de détention refusent de faire un examen médical et d'établir un rapport médico-légal. Or, établir des certificats

médicaux prouvant la torture peut changer la situation des demandeurs d'asile devant la commission de recours. Il faut soit des médecins légistes, soit des médecins généralistes formés.

Il faut suivre de manière précise une grille d'interrogatoire et d'examen clinique, afin de pouvoir corréler les cicatrices observées (peau et région génitale) avec les récits de torture. Un tel certificat peut faire basculer le jugement de la commission de recours, et, qui sait, changer la jurisprudence. C'est donc très important de distinguer parmi les demandeurs d'asile ceux qui ont subi la violence extrême : ceux-là doivent bénéficier d'examen médical et de certificats appuyant leurs dires pour modifier le jugement de la commission de recours.

Un autre point est de faire connaître en France aux migrants la situation odieuse qui leur sera faite en Grande-Bretagne, pour les dissuader d'y aller : leur intérêt est de demander l'asile en France.

Enfin, il me semble que l'existence en Grande-Bretagne de centres de détention modifie la structure de la société qui devient une société avec des catégories séparées. Tout est fait pour que la population britannique ignore l'existence de ces centres, et celles de personnes sans droits.

Ici se pose une autre question, qui est celle de l'affrontement du médecin au récit des tortures, et de sa position.

MARTINE

J'ai des difficultés personnelles à demander des récits précis des tortures et à faire un examen méticuleux des cicatrices, c'est sans doute une façon (non adaptée) de mettre la violence extrême à distance.

Je pense par ailleurs que mon rôle de médecin est de soigner, et non de faire des certificats : comment continuer à soigner en faisant le certificat ? Je désapprouve l'utilisation de la médecine à d'autres fins... J'ai donc de grandes réticences.

Personnellement, jusqu'ici, je vois rarement des demandeurs d'asile : il y en a peu à Calais, qui est le plus mauvais endroit de France pour eux. Par contre, je pense que ce travail de témoignage et de réflexion est très utile, pour moi, pour les bénévoles, pour l'opinion publique et pour les migrants.

À Patras, port et espace de transit clandestin comme Calais, la question de la présence des migrants se pose aussi en termes urbanistiques, donnant au « à chacun sa place » un autre sens. La question du « landscape », paysage comme aménagement de l'espace urbain, prend ainsi une dimension brutalement politique. Point de vue d'une anthropologue grecque.

REGINA

La position géographique de la Grèce, aux confins de l'Europe et de l'Asie, fait que des cen-

taines de millions de réfugiés la traversent en vue d'aller un peu plus près de l'« Eldorado » européen. Elle constitue le premier espoir d'entrée pour quelques uns et le dernier seuil qui ne doit pas être franchi pour d'autres. Un « dépôt » où sont « stockés » ceux dont nous ne savons pas quoi faire. La situation conduit à une impasse : la ville de Patras constitue une illustration spatiale de cette impasse-là.

La « transformation » de la partie portuaire de la ville de Patras en « salle d'attente » pour des millions des réfugiés reflète la situation décrite ci-dessus. Il s'agit d'une « tranche » de la ville constituée de bâtiments laissés en friche et de terrains vagues. Ce sont des « fragments » qui restent d'un passé industriel. Parmi ces fragments trouvent refuge depuis presque une dizaine d'années ces populations migratoires qui se déplacent toujours par rapport au port. À travers la presse locale, nous pouvons saisir la polémique sous-jacente au « landscape »¹. Plus précisément, en feuilletant les journaux locaux, nous apercevons la discussion suscitée et l'impasse sur ce qui est un problème politique, mais qui se

manifeste comme un « embarras » local. Nous utilisons le terme « embarras » parce qu'il s'agit d'une situation qui met la ville mal à l'aise, comme cela devient évident à la lecture des articles. Dans la presse locale, il y a toujours question sur le fait que ces gens-là existent et sont visibles dans des endroits où il ne « fallait » pas être.

Le « landscape » fonctionne de telle façon qu'il contrôle le sens et qu'il le dirige, qu'il l'oriente. Ainsi, nous considérons que notre « landscape », à Patras, a pour fonction de retirer de la vue les conséquences d'une politique européenne de rejet. Et il procède, pour ce faire, de la même façon, en repoussant le « problème » non pas hors de ses frontières, mais hors de sa « visibilité ».

Les groupes d'immigrants, d'une façon indirecte, revendiquent de l'espace, et de cette façon participent à la création d'un espace public atypique pour la ville. Ils deviennent visibles, entrent dans la sphère publique, et réclament indirectement une sorte de publicité. ■

■
1. Aménagement du paysage urbain.



Musée des Beaux-Arts
de Lille, 1995.

Humain, Humanitaire, Humanoïde

L'accès aux soins, même facilité par la médiation des consultations associatives, reste problématique pour les personnes sans-papiers.

■ **Sylvie Cognard**, médecin généraliste

Il est grand, maigre, il boite légèrement. Il a un peu plus de 40 ans mais en paraît 60. Il vient du Congo. Le jeune garçon qui l'accompagne me dit, avant la consultation, que son aîné voit mal et ne trouve pas le sommeil ; il ne va peut-être pas me parler de ces deux problèmes.

Il entre seul et me montre ce qui le fait boiter. Deux mauvaises cicatrices au niveau de son pied gauche. Blessures par balles. L'arc de la voûte plantaire semble détruit. Je téléphone à l'hôpital et obtiens facilement un rendez-vous en chirurgie réparatrice. Je fais un courrier. Dans deux jours, il aura ses trois mois de résidence en France et pourra bénéficier de l'Aide Médicale d'État.

Je lui demande ensuite de me parler de son trouble de la vue. Il voit flou de près comme de loin, il a aussi de violents maux de tête. Difficile de me faire une idée. Je téléphone donc en ophtalmologie au CHU. Dix essais, c'est toujours occupé. Le onzième essai est réussi.

« Service des consultations d'ophtalmologie, j'écoute.

– Bonjour, Docteur C. de la permanence de Médecins du Monde, je voudrais un rendez-vous pour un patient qui présente un trouble de la vue.

– C'est quoi comme trouble ?

– Je ne sais pas Madame. Je ne suis pas spécialiste et je n'ai pas de matériel me permettant de faire un diagnostic. C'est bien pour cela que je vous demande un rendez-vous.

– Si vous ne savez pas pour quoi c'est, ce sera une consultation privée.

– Mon patient n'a pas de quoi régler une consultation privée, Madame. Il est demandeur d'asile.

– Alors je ne peux pas vous donner de rendez-vous.

– Comment ça, vous ne pouvez pas me donner de rendez-vous ?

– J'ai des ordres, pas de diagnostic, consultation privée.

– Mais Madame, ce n'est pas un "Diagnostic" que j'ai en face de moi, c'est un être humain qui voit mal et je ne sais pas pourquoi ! Passez-moi votre supérieure hiérarchique.

– Je vais vous passez ma "cadre"... »

Quelqu'un décroche. J'expose mon problème. La « cadre » est absente, c'est une aide-soignante que j'ai au bout du fil. Elle n'en revient pas et me passe une infirmière. Je raconte de nouveau mon histoire, elle est stupéfaite et va me chercher l'interne. Je réitère la problématique. L'interne, qui trouve le refus inadmissible, se déplace auprès de la secrétaire et lui demande de fixer un rendez-vous. Puis me la repasse pour que je puisse donner l'identité de mon patient qui, bien sûr, a un nom très compliqué. Peu encline à suivre ce contre-ordre, la secrétaire me le fait épeler quatre fois.

Il me reste à écrire un courrier et à m'enquérir des troubles du sommeil...

Poignée de main chaleureuse avec mon patient, échange de sourires. « Au revoir ».

Les humanoïdes n'auront pas eu le dernier mot. Pour cette fois. ■

Rétention : les risques de banalisation

L'enfermement des étrangers sans-papiers crée des lieux de déshumanisation. Mais porter assistance aux personnes détenues ne risque-t-il pas de retarder la reconnaissance politique de l'inhumanité de ce traitement ?

§Sans papiers
§Enfermement
§Politique

■ **Sophie Baylac**, secrétaire générale de Migreurop

On a assisté, ces dernières années, à une multiplication des lieux d'enfermement pour étrangers dans l'Union européenne (UE). Cette logique de développement de ces lieux de déshumanisation, où se produisent de nombreux abus et violations des droits des migrants, a été récemment validée par l'UE avec l'adoption de la directive « retour », qui autorise l'enfermement des étrangers en situation irrégulière pour des durées pouvant atteindre dix-huit mois. Ces mesures, disproportionnées au regard de l'objectif officiel d'éloignement, dissimulent mal une volonté de mise à l'écart des populations migrantes détenues pour le seul fait de ne pas être en règle avec les lois sur l'entrée et le séjour.

Tenus à l'écart des regards extérieurs, ces lieux sont particulièrement opaques. Le manque de visibilité de la société civile sur la réalité de cet enfermement rend crucial, bien que difficile, le rôle critique des associations sur les conséquences de ces systèmes d'enfermement et d'expulsion. Une des premières difficultés auxquelles elles sont confrontées tient à la possibilité même d'accéder à ces lieux.

Alors que les autorités préfèrent tenir ces lieux à l'écart du regard de la société civile, il est évident que l'exercice du devoir de témoignage des associations peut compromettre leur possibilité même d'y accéder. Néanmoins, ce rôle critique est d'autant plus important que le risque d'instrumentalisation de leur action est grand. Une action d'aide ou d'assistance aux personnes détenues peut ainsi contribuer à renforcer un phénomène de « normalisation » de l'enfermement des étrangers qui vise à le rendre plus « acceptable » et contribue à sa banalisation.

Les lieux suscitant aujourd'hui l'éveil des médias sont en effet ceux dans lesquels les conditions matérielles sont particulièrement mauvaises (ex : Malte, Mayotte), ou qui ont connu des événements plus spectaculaires tels que révoltes ou incendies (ex : incen-

die du centre de rétention administratif de Vincennes en juin 2008 ; révoltes, évasion et incendie du centre d'identification et d'expulsion de Lampedusa en janvier et février 2009). Il peut donc être dans l'intérêt des pouvoirs publics d'améliorer les conditions matérielles des étrangers, de contrôler et de « normaliser » cet enfermement, pour éviter ou contrer les incidents qui pourraient éveiller une attention. D'une certaine façon, l'amélioration des conditions matérielles, de l'accès aux soins, l'existence d'un accompagnement social, en cherchant à rendre plus « supportable » l'enfermement des étrangers, peut contribuer à sa banalisation. La question de la détention des enfants mineurs illustre ce phénomène : au lieu de l'interdire, en obligeant les Etats à opter pour des alternatives à la détention, la directive retour a validé ces pratiques : on se contente d'aménager des « espaces familles » et on y introduit des travailleurs sociaux.

C'est dans ce contexte, et en vue de sensibiliser l'opinion publique, que le réseau Migreurop a lancé en 2008 une campagne visant à revendiquer un « droit de regard » dans les lieux de détention pour étrangers. Pour les membres de ce réseau européen, rassemblant associations et chercheurs, ce droit d'accès ne doit pas s'accompagner d'un regard neutre. Il est revendiqué en vue de témoigner, de jouer un rôle d'alerte et de sensibilisation sur la question de l'enfermement des étrangers.

Dans le cadre des élections européennes, le réseau Migreurop appelait les candidats aux élections à prendre en compte les revendications de cette campagne et, de façon plus générale, à rompre avec les tendances répressives et sécuritaires des politiques européennes de contrôle des flux migratoires qui contredisent les perpétuelles déclarations d'attachement aux droits humains des Etats membres de l'Union européenne. ■

www.migreurop.org

« Au lieu d'interdire la détention des enfants mineurs, on se contente d'aménager des "espaces familles" . »

Sophie Baylac est coordinatrice du suivi des étrangers éloignés et des questions européennes à la CIMADE. www.cimade.org

Aux bons soins du droit d'asile

Plus il est difficile d'obtenir le statut de réfugié pour raison politique, plus la demande d'asile pour raison médicale augmente. Cela crée une victimisation des étrangers et des problèmes moraux pour les médecins.

Arnaud Veïsse, directeur du Comede (Comité médical pour les exilés)

www.comede.org

Qu'il soit apprécié sur des critères « politiques » (fondé sur l'application de la Convention de Genève de 1951) ou médicaux (inspiré de l'Art. 3 de la Convention européenne des droits de l'homme), le droit d'asile échappe en principe à double titre aux politiques gouvernementales de « maîtrise » ou de « contrôle » de l'immigration. D'une part, parce qu'il ne peut officiellement être encadré par des « objectifs chiffrés », sauf à reconnaître la subordination du droit au pouvoir exécutif. D'autre part, parce que la protection conférée aux réfugiés (droit au séjour et droits sociaux alignés sur ceux des ressortissants nationaux) et aux « protégés subsidiaires », incluant les « étrangers malades » (carte de séjour temporaire d'un an avec droit au travail) est reconnue par des tiers : l'Ofpra¹ pour les demandeurs d'asile, le MISP² pour les étrangers malades.

Du social au médical, vers un asile apolitique

Or dans ces deux cas, il est le plus souvent impossible de déterminer de manière incontestable le risque encouru par l'exilé en cas de renvoi du territoire français. En matière de droit d'asile, comme dans les précédentes périodes de « crise », le discours dominant sur les « faux réfugiés » s'accompagne d'un haut niveau d'exigence de « preuves » de persécutions, dont le « certificat médical de sévices et torture » tend à devenir alors un des éléments d'appréciation. L'évolution statistique observée au Comede est significative : la demande de certificat médical à l'appui de la demande d'asile augmente à mesure que le niveau de reconnaissance des réfugiés diminue³. Tout se passe comme si la voie étroite vers la reconnaissance du statut de réfugié passait par la reconnaissance préalable du statut de victime, en dehors de tout fondement juridique, dans le but de solliciter la compassion du juge à défaut d'emporter sa conviction⁴.

Le médecin confronté à une telle demande de la part d'un patient demandeur d'asile doit tenir

compte à la fois de l'attente du patient (besoin de reconnaissance) et des limites de l'expertise attendue (au-delà de quelques semaines après les faits, la « preuve médico-psychologique » de torture est un mythe), sans méconnaître les risques inhérents à l'utilisation même des certificats délivrés. Au-delà des risques de retraumatisation qu'elle fait courir à l'exilé, l'apparition d'une telle « prime à la torture » témoigne d'une dérive dans l'application de la Convention de Genève, selon laquelle les craintes de persécution devraient suffire pour reconnaître la qualité de réfugié. Dans ce processus de victimisation des réfugiés, l'objectivation de la preuve par le corps contribue à effacer l'expérience des victimes comme sujets politiques⁵.

Etrangers malades : des médecins sous contrôle

Coïncidence troublante : l'année 1998, qui voit la reconnaissance législative du droit au séjour pour raison médicale, est aussi celle où le nombre de statuts de réfugié délivrés est le plus bas depuis la création de l'Ofpra en 1952. La figure de l'étranger malade devient légitime au moment même où celle du demandeur d'asile est particulièrement discréditée. Mais ce nouveau droit souvent qualifié « d'humanitaire » par les autorités en charge des questions d'asile et d'immigration n'attendra que quelques années pour connaître la même évolution que le droit d'asile : avec l'obsession du « détournement de procédure » et de la présomption de « fraude », l'augmentation de la demande va amorcer dès 2003 la chute du taux d'accord de la part des préfetures en charge de cette procédure⁶.

L'expertise médicale requise dans la procédure étranger malade (expertise officieuse pour le praticien rédacteur du rapport au bénéfice du patient, expertise officielle pour le MISP à destination du préfet) est particulièrement complexe⁷. Les médecins se retrouvent aux prises avec une responsabilité qui déborde largement le champ de leur formation

« La figure de l'étranger malade devient légitime au moment où celle du demandeur d'asile est particulièrement discréditée. »

initiale : si l'évaluation du pronostic médical d'une affection relève de l'expertise technique, la traduction de ce pronostic en risque « d'exceptionnelle gravité » – qui n'a été précisée par aucun texte réglementaire – se situe sur le plan de l'éthique. De la même façon, en l'absence de données fiables et exhaustives sur l'accès effectif aux soins de santé dans la plupart des pays, l'évaluation du risque d'insuffisance des soins adéquats en cas de retour tient autant à ses connaissances en santé publique qu'à ses propres repères déontologiques.

Or, avec la montée en charge du dispositif, la présomption de fraude à l'égard des étrangers malades s'est étendue progressivement aux médecins intervenant dans la procédure : médecins traitants non hospitaliers (diffusion de listes de médecins « agréés » par les préfetures), médecins « agréés » (dont les « abus de délivrance de certificats médicaux » sont évoqués par une circulaire du ministère de l'Intérieur en janvier 2003), et enfin les MISP (soupçonnés de « complaisance » lors d'un débat à l'Assemblée Nationale en juillet 2003). Les pressions des préfetures atteignent un tel niveau en 2007 que le syndicat des MISP en appelle au soutien de la ministre de la Santé : « [Ces pressions] s'inscrivent dans une démarche globale d'intimidation retransmise par certains directeurs, eux-mêmes pressés par leurs préfets, qui ont été récemment convoqués pour des chiffres de reconduite à la frontière considérés comme insuffisants »⁸.

L'abus de neutralité est dangereux pour la santé

Avec la nouvelle médicalisation de l'asile, si l'on veut maîtriser l'immigration, il faut pouvoir maîtriser les médecins qui interviennent auprès des étrangers. L'arsenal déployé par le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) inclut la diffusion auprès des MISP de « fiches-pays » indiquant la seule existence des traitements dans les pays d'origine et leur recommandant, en contradiction avec la loi, de ne pas tenir compte de l'accessibilité effective aux soins. Des médecins employés par les ministères de l'Immigration et des Affaires étrangères seront mis à contribution pour élaborer et mettre à jour ces fiches et ces recommandations, parfois sans en connaître l'objectif ni les conséquences. Les recommandations émises par le ministère de la Santé, plus sensible aux questions de protection des malades et plus éloigné des logiques de maîtrise de l'immigration, ne seront pas suivies par le Cici. Cette dichotomie entre les médecins confrontés à la question des étrangers malades se retrouve à tous

les niveaux de la procédure, et la baisse de la protection observée depuis sept ans témoigne de l'impact des analyses et des pressions gouvernementales auprès d'une partie des médecins, engagés plus ou moins volontaires dans les politiques de lutte contre l'immigration « subie ». Si les comportements ouvertement alignés sur ces politiques sont rares, un certain nombre de médecins se réfugient derrière une exigence de « neutralité » qui vient mettre à mal les principes déontologiques recommandant la continuité des soins pour le malade « quelles que soient les circonstances ». Cette neutralité dangereuse se fonde le plus souvent sur une grande ignorance du cadre législatif et réglementaire, entretenue par l'opacité en vigueur sur l'application du dispositif.

Ainsi, de même que la pratique de la médecine ne dispense pas des questions de citoyenneté et de solidarité, gérer la misère (soulager les malheurs) ne dispense pas de lutter contre l'exclusion (réparer les injustices). ■

■

1. L'Office français de protection des réfugiés et des apatrides, dont la juridiction d'appel est la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). L'Ofpra peut reconnaître le statut de réfugié, ou à défaut accorder la protection subsidiaire, identique à celle des étrangers malades et des autres personnes régularisées pour des critères de « Vie privée et familiale » (Art. L313-11 du Cseseda).
2. Le Médecin inspecteur de santé publique est destinataire exclusif du rapport médical relatif à l'état de santé du demandeur, au vu duquel il transmet un avis administratif au préfet sur la présence des critères médicaux requis : risque d'exceptionnelle gravité en cas d'absence de prise en charge médicale et risque d'exclusion des soins nécessaires en cas de retour dans le pays d'origine. Le préfet statue in fine sur la demande, mais ne peut s'affranchir de l'avis du MISP sauf cas de violation du secret médical.
3. Comede, *Rapport 2008 sur la santé des exilés*, Le Comede, 2009.
4. Veïsse A., *Les lésions dangereuses*, Plein droit, 2003, 56.
5. Fassin D., d'Halluin E., « *The truth from the body. Medical certificates as ultimate evidence for asylum-seekers* », *American Anthropologist*, 107 (4), 597, 2005.
6. Comede, « *Étrangers malades, menaces sur le droit au séjour* », *Maux d'exil*, 2009, 26.
7. Veïsse A., *Le médecin, la santé et le séjour des étrangers*, Plein droit, 2006, 69.
8. Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique, communiqué du 8 octobre 2007, www.smisp.fr
9. Art 47 du Code de déontologie médicale (R4127-47 du code de la santé publique).
10. Contrairement au droit d'asile, le droit au séjour pour raison médicale ne fait l'objet d'aucune publication officielle sur les chiffres des demandes des étrangers et des accords des préfetures.

« Avec la nouvelle médicalisation de l'asile, si l'on veut maîtriser l'immigration, il faut pouvoir maîtriser les médecins qui interviennent auprès des étrangers. »

La « chasse aux abus » contre les droits

Entretien avec **Christophe Tafelmacher**, avocat à Lausanne (Suisse)

Propos recueillis par **Christiane Voltaire**

Pratiques : *Le terme d'abus est généralement utilisé pour désigner les abus de pouvoir commis par des sujets détenteurs d'une autorité ou d'une puissance politique ou économique. Dans l'usage que vous dénoncez, il est au contraire imputé comme délit à des personnes en situation de précarité. Pouvez-vous présenter cette inversion (ou cette perversion) des rôles ?*

Christophe Tafelmacher : Depuis les années 1980 s'est développé un discours dénonçant l'utilisation prétendument abusive du droit d'asile par des personnes qualifiées de « réfugiés économiques » ou de « faux réfugiés »¹. Ce discours, bien relayé dans la presse, provenait des milieux d'extrême droite, mais aussi de l'administration, ce qui lui a donné une légitimité. L'État a pu éviter de remettre en question le mythe d'une Suisse ouverte aux personnes réfugiées, tout en justifiant une diminution de l'octroi de l'asile. On a décrit officiellement la politique d'asile comme une politique de dissuasion. C'était une contradiction dans les termes, car asile devrait signifier accueil et protection, mais cela n'a pas été considéré comme un problème. À partir de ce discours et de cette pratique, les autorités ont justifié l'introduction de dispositions légales de plus en plus restrictives, réduisant ainsi le droit d'asile à une peau de chagrin. Ce qui m'a frappé, c'est de voir que ce phénomène s'est reproduit à l'identique dans d'autres domaines sociaux, comme l'assurance chômage, l'assurance invalidité, l'aide sociale, etc. Aujourd'hui, rares sont les domaines où l'État ne prétend pas « chasser les abus », sous les applaudissements d'une grande partie de la classe politique, gauche et syndicats compris.

Évidemment, il s'agit de stigmatiser les pauvres. Il n'est jamais question d'« abus » lorsque l'on parle de fraude fiscale, de secret bancaire, ou de criminalité en col blanc. La situation s'est un peu modifiée depuis quelques mois, car l'émergence de la crise a rendu insupportables certains comportements de dirigeants d'entreprise.

Il faut noter que lorsqu'un pauvre commet ce qui est considéré comme un « abus », on prend son cas pour exemplaire d'une situation générale, ce qui

justifie des mesures frappant l'ensemble des personnes concernées. Ainsi, à Lausanne, la condamnation d'un bénéficiaire de l'aide sociale ayant caché un emploi salarié a fait un scandale et a été le prétexte pour mettre en place une section d'enquête au sein du centre social régional, véritable police des pauvres. Au contraire, lorsqu'un patron a été condamné pour fraude à l'assurance chômage, son cas a fait l'objet de courtes dépêches le décrivant comme isolé. Cette différence de traitement ne correspond pas à la réalité : des recherches effectuées sur les supposées fraudes dans l'aide sociale ont démontré qu'elles ne concernent que quelques pourcents.

Comme résultat des mesures restrictives basées sur la « chasse aux abus », j'observe une inversion de sens : la politique d'asile est devenue une « politique de renvoi », l'assurance chômage un instrument contre les chômeurs, l'aide sociale un dispositif de surveillance et de contrainte, etc. L'effet protecteur des lois régissant ces domaines tend à disparaître.

Quelle fonction la « chasse aux abus » remplit-elle dans les politiques publiques actuelles en Suisse ?

Invoquer la « lutte contre les abus » a incontestablement permis de créer un consensus : quel acteur social ou politique oserait s'opposer à une telle croisade ? Dans le domaine de l'asile, la problématique des « abus » a convaincu le Parlement fédéral d'adopter des mesures restrictives, voire clairement xénophobes, sous couvert de souci humanitaire, tout en esquivant les problèmes de fond². Ce discours a également eu un fort impact dans l'opinion publique et permis de faire avaliser des modifications de lois lors de votations populaires. En 2005-2006, lors des débats autour d'une énième révision de la loi sur l'asile, on est arrivé à suggérer que l'abus consiste dans le fait même d'avoir des droits.

Vous écrivez, dans La Politique suisse d'asile à la dérive³, qu'il s'agit là d'une « arme de destruction massive des droits de chacune et chacun » : pouvez-vous expliciter cette formule ?

Christophe Tafelmacher a notamment publié *La politique suisse d'asile à la dérive*, Éd. d'En-bas, 2006.

Quand on entre dans une logique de traque aux « abus », la question des droits des personnes concernées passe au second plan. On présume que l'individu est de mauvaise foi et c'est alors un « État méfiant » qui prend la place de l'État providence. Les objectifs stratégiques de l'administration deviennent prépondérants à toute autre considération. Cela se concrétise de différentes manières, comme la multiplication des statuts de séjour précaires dans le domaine de l'asile, la limitation des possibilités de recours, la multiplication des sanctions en matière de chômage, etc. On introduit dans la loi des « notions juridiques indéterminées » qui laissent à l'administration un pouvoir d'appréciation toujours plus grand. Le contrôle judiciaire devient inefficace. Tout ceci contribue à déboucher sur la création de zones sinistrées sur le plan juridique.

Qu'est-ce qui distingue votre action d'un mode d'action de type humanitaire ?

Le problème que je vois dans le mode d'action humanitaire, c'est qu'il a remplacé la charité qui se pratiquait au XIX^e siècle. On intervient sur des situations dramatiques, mais on ne pose jamais la question des droits des personnes concernées. Par mon action, je tente de montrer qu'il est essentiel d'agir pour éviter cette érosion des droits fondamentaux, pour contrer la raison d'État toute puissante.

Comment concevez-vous votre rôle spécifique de juriste face à des politiques discriminantes ?

Je conçois mon rôle sur plusieurs niveaux. D'un côté, agir sur le plan juridique pour mener la bataille au nom des valeurs qui figurent dans la Constitution. De l'autre côté, il me paraît indispensable de m'inscrire dans des mouvements sociaux, pour informer et alerter l'opinion publique, mais aussi pour influencer sur le rapport de forces politique au sein de la société. C'est aussi une manière d'envisager les personnes précarisées comme actrices de leur défense et du changement social, sans les cantonner dans le rôle passif de celui ou celle qui attend qu'une autorité statue sur son sort.

Il me semble important également d'élargir la réflexion au niveau international. C'est ainsi que j'ai participé à des rencontres de militants européens ou à colloques internationaux, ainsi qu'à une recherche européenne sous l'égide du RUIG (Réseau universitaire international de Genève), principalement sous l'impulsion de Marie-Claire Caloz-Tschopp. Pour ma part, j'essaie à ma manière de favoriser le travail en réseau au-delà des frontières.

Lors de rencontres nationales, nous avons aussi

invité des intervenants étrangers (par exemple lors des États généraux de l'asile et de la migration à Berne en décembre 2007).

Voyez-vous des effets positifs de votre action sur la réalité sociopolitique actuelle en Suisse ?

Je constate que, lorsque l'on en reste à un débat abstrait, par exemple lors des campagnes électorales, notre discours est clairement minoritaire. Par contre, lorsque nous avons pu mettre en avant les cas concrets de personnes touchées par la politique d'asile, nous avons pu gagner la bataille de l'opinion et obtenir de beaux succès, avec des centaines de permis délivrés. Ma frustration est que ces victoires n'ont pas entraîné la remise en question de l'orientation donnée par l'État à ses politiques anti-sociales.

Ce type de dénonciation et d'engagement peut-il permettre d'initier un vrai mouvement de solidarité ?

Pour moi, un vrai mouvement de solidarité serait celui où chacun aurait conscience de l'interaction des droits. Celles et ceux qui s'engagent dans les mouvements de résistance, par exemple pour soutenir des personnes réfugiées, se battent aussi pour leurs propres droits. Pour donner une illustration, la Suisse a mis en place depuis avril 2004 une politique particulièrement agressive à l'encontre des débouté(e)s de l'asile : interdiction de travailler, aide réduite à la stricte survie, fixée à un niveau très inférieur à ce qui est considéré comme le minimum social. Cette aide d'urgence s'accompagne de mesures humiliantes et poursuit l'objectif de décourager les personnes à rester en Suisse. Cette aide au rabais est aujourd'hui invoquée comme référence pour diminuer les normes d'aide sociale valables pour le reste de la population. Les mesures destinées au départ aux « abuseurs » ont ainsi eu un effet pour tout le monde. ■

-
- 1. Maillard Alain et Tafelmacher Christophe, « Faux réfugiés »? *La politique suisse de dissuasion d'asile, 1979-1999*, Lausanne, Éditions d'En Bas, 1999. Dolivo Jean-Michel et Tafelmacher Christophe, « Sans-papiers et Demandeurs d'asile : faire reconnaître le droit d'être là » in : *Mondialisation, migration et droits de l'homme, un nouveau paradigme pour les sciences sociales et la citoyenneté*, Caloz-Tschopp Marie-Claire et Dasen Pierre dir., Volume I, Bruylant Éd., Bruxelles 2007.
- 2. Frossard, Stanislas et Hagmann Tobias, « La réforme de la politique d'asile suisse à travers les mesures d'urgence », *Cahier de l'IDHEAP*, 191/2000, p. 51.
- 3. Schmidlin, Tafelmacher, Küng, *La Politique suisse d'asile à la dérive*, Éd. d'En-bas, SOS-Asile Vaud, 2006, p. 46.

Marie-Claire Caloz-Tschopp Résister en politique, résister en philosophie

Avec Arendt, Castoriadis et Ivekovic

Quand Marguerit Spichtig, institutrice en Suisse, cache des Kurdes menacés d'expulsion, qu'elle est traduite en justice, subit une haine rampante dans son village, a des problèmes dans son travail, elle dit en sortant du tribunal : « J'ai enlevé mes chaussures pour sentir la terre de ce pays qui est aussi le mien ». (p. 33-34)

Que faut-il faire alors, pour ne pas abandonner un champ de recherche, être en mesure de ne pas céder à l'impuissance ? L'enjeu n'est pas d'engager un xième débat académique. Il est de pouvoir circonscrire en quoi les liens entre politique et philosophie pèsent sur des faits d'inégalité, de nihilisme, visibles dans les politiques d'immigration, du droit d'asile, du travail, du chômage, de la santé, de l'humanitaire, etc. Il faut pouvoir identifier le conflit, bâtir pas à pas une position, une démarche toujours fragile, incertaine. (p. 53)

Pour Hannah Arendt, c'est durant le colonialisme et l'impérialisme qu'ont été inventés à la fois ce qu'elle a appelé les humains superflus (Human superfluity) et des dispositifs, des outils (camps) dont on voit les traces aujourd'hui dans les politiques d'immigration et du droit d'asile, et aussi dans d'autres politiques (chômage, santé, éducation, information, etc.). (p. 106)

Arendt est une sans-État, quand elle réfléchit à l'espace public et à l'importance de la relation et de la participation de chaque individu à l'espace public. En clair, sa conception est celle d'une minoritaire, radicalement expulsée de la politique, menacée d'extermination de masse, qui réfléchit à la construction d'un espace public pouvant assurer le droit d'avoir des droits. (p. 97)

En quoi, alors, l'expérience historique durant l'impérialisme colonial et le nazisme aurait-elle un lien avec des formes contemporaines, non pas d'exclusion, mais d'expulsion de la politique d'individus (chômeurs, populations déplacées, réfugiés, sans-papiers, etc.) dans une sorte de mouvement et d'effet de boomerang pour ce qui est de l'arrivée des sans-papiers à l'époque contemporaine ? (p. 179)

Les arguments des politiques de précarité, de répression des luttes, se réfèrent dans une grande

majorité à une ontologie politique figée dans une pensée territoriale et nationale. (p. 230)

La logique du laboratoire Schengen en est l'illustration. En d'autres termes, il y a un décalage entre le vécu réel, matériel de millions, voire de milliards de gens, et les pratiques du marché dans lesquelles s'ancre l'imaginaire, la pensée dominante de la politique, de l'État et des droits. Il y a quelque chose que notre époque ne peut décidément ni dire, ni voir, donc ne peut pas savoir. (p. 231)

Quand un grand patron d'industrie peut écrire aujourd'hui, en s'inscrivant en droite ligne dans le (post)totalitarisme: « Je définirais la mondialisation comme la liberté de mon groupe d'investir où il veut, le temps qu'il veut, en s'approvisionnant et en vendant où il veut, et en ayant à supporter le moins de contraintes possibles en matière de droit du travail et de conventions sociales »¹, ni le catastrophisme, ni le positivisme neutraliste, ni l'utilitarisme, ni même l'irénisme consensuel ambigu, ne peuvent contrer l'insolence cynique. (p. 262)

La politique risque ainsi de disparaître au profit de la marchandisation généralisée, des populations excédentaires sur le marché mondial, du moralisme compassionnel, de l'impérialisme humanitaire accompagnant l'extermination directe et indirecte. (p. 304)

Ce qui intéresse Arendt est la perte, la destruction de la politique. À la fin de son texte, elle signale le paradoxe de la perte des Droits de l'homme qui survient quand un homme se retrouve dépouillé de toute appartenance politique. La privation devient explicite « au moment où une personne devient un être humain en général – sans profession, sans citoyenneté, sans opinion, sans actes par lesquels elle s'identifie et se particularise – et apparaît comme différente en général, ne représentant rien d'autre que sa propre et absolument unique individualité qui, en l'absence d'un monde commun où elle puisse s'exprimer et sur lequel elle puisse intervenir, perd toute signification »². (p. 332)

À quoi résistons-nous donc aujourd'hui, où des théories de gouvernance politique peuvent prendre la

Marie-Claire Caloz-Tschopp, philosophe, a notamment publié *Résister en politique, résister en philosophie*, Éditions La Dispute, 2009, Lire Hannah Arendt aujourd'hui, Éd. L'Harmattan, 2008.

Extraits
choisis par
la rédaction

forme d'un « biopouvoir », en accord avec de nouvelles découvertes biologiques, (ADN comme outil sécuritaire), des armes, des pratiques sécuritaires ? (p. 341)

Christophe Tafelmacher, avocat, membre de Solidarités sans Frontières, fin observateur de la politique d'asile de la Suisse face aux renvois forcés des réfugiés bosniaques et kosovars, a montré que le fil rouge de l'épuration ethnique était le fait non seulement des persécutions décrites dans les dossiers d'asile des requérants d'ex-Yougoslavie, mais aussi celui de la police fédérale suisse dans la mise en œuvre du droit d'asile au jour le jour. (p. 379)

Résister devient alors un triple mouvement, refuser la destruction, accepter des deuils, travailler ses propres résistances à affronter la destruction. Augmenter une puissance d'exister pour pouvoir être au monde, en créant un espace intime, privé et public, de partage de l'expérience sensible. C'est dans un tel cadre que doivent se gagner les conditions matérielles, intellectuelles, politiques de la résistance. (p. 400-401)

■

1. Percy Barvevik, président de la société transnationale helvète-suédoise, Asea Brown Boveri (ABB), spécialisée dans l'équipement électronique, 1995.
2. Arendt Hannah, *L'impérialisme*, vol. II, Points-essais, Paris, 1972.



Musée des Beaux-Arts
de Lille, 1995.

Camps palestiniens : nouvelles solidarités

Les Palestiniens installés dans des camps dans différents pays s'organisent, développent commerces et institutions et accueillent d'autres migrants. Ces lieux d'attentes se transforment en laboratoires de reconstruction d'une nouvelle société palestinienne en exil.

■ **Mohamed Kamel Dorai**, géographe, chargé de recherches au CNRS, à l'Institut français du Proche-Orient, à Damas

Plus de soixante ans après leur exode, un tiers des réfugiés palestiniens, soit 1,3 millions de personnes, vivent dans l'un des cinquante-huit camps reconnus par l'UNRWA, l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine au Proche-Orient, créé en 1949 par l'ONU pour venir en aide aux réfugiés palestiniens installés en Jordanie, Syrie, Liban, Cisjordanie et à Gaza. Cette agence internationale joue un rôle de support matériel fondamental (distribution de rations, construction d'habitat, services sociaux, etc.) dans le contexte de la survie et de la réhabilitation de la population palestinienne, même si cette assistance induit une inévitable dépendance envers ces différents services. Elle développe l'essentiel de ses activités dans les camps, mais aussi dans les quartiers où se concentrent de très nombreux Palestiniens, quelque fois appelés camps non officiels.

Le développement spatial des camps

L'image classique que l'on se fait du camp de réfugiés correspond peu à la situation actuelle des camps palestiniens au Proche-Orient. On ne trouve en effet plus de tentes depuis la fin des années 1950, l'habitat en dur s'y étant substitué. Isolés des villes à leur création, la plupart des camps se situent aujourd'hui à la périphérie des principales agglomérations de leurs pays d'accueil. La dimension temporelle de l'exil palestinien est un élément important à prendre en considération. Soixante années d'exil ont engendré un rapport particulier des Palestiniens avec leurs sociétés d'accueil respectives, qui combine une forte intégration locale en relation avec l'urbanisation rapide de leur pays d'accueil, parallèlement à des formes de ségrégation liées aux différents contextes politiques et légaux.

Le développement spatial des camps, ainsi que le rôle qu'ils jouent dans la société palestinienne en exil, est lié au développement des institutions diasporiques palestiniennes. La création de l'Organisation de Libération de la Palestine (OLP) au milieu des années 1960, et la prise en main du destin politique des Palestiniens par les organisations de *fedayin*, les combattants, va contribuer à renverser l'image des Palestiniens dans la région. Alors que le terme de Palestinien était associé à l'image du réfugié privé de sa terre et maintenu dans la précarité tributaire de l'aide internationale, son nom devient le symbole du combat et de la résistance contre l'oppression. Les camps se transforment alors de lieux d'attentes en véritables laboratoires de reconstruction d'une nouvelle société palestinienne en exil. Au Liban par exemple, après les Accords du Caire signés en 1969 entre l'OLP et les autorités libanaises, les camps deviennent des espaces sous contrôle palestinien. Le mouvement national palestinien développe alors toute une série d'institutions sociales, économiques, politiques et militaires qui emploient une importante main-d'œuvre. Les différentes branches militaires de l'OLP occupent plus de quinze mille combattants palestiniens au Liban, et on estime que l'activité palestinienne emploie plus de dix mille personnes.

Expression politique et activités commerciales

Dans l'exil, outre la fonction résidentielle, les camps remplissent trois fonctions au sein de la société palestinienne. Ils sont les lieux d'expression des formes de solidarités familiales et villageoises. Ils assurent aussi la permanence de l'identité palestinienne malgré la dispersion, parce qu'ils inscrivent dans la géographie de la *nakba*, terme arabe qui désigne l'exil forcé de 1948 suite à la création de l'État d'Israël. De plus, ce sont des espaces d'expression politique, puisque dans ces lieux, les réfugiés palestiniens

Kamel Dorai a notamment publié *Les réfugiés palestiniens du Liban, une géographie de l'exil*, Éd. du CNRS, 2006

bénéficient d'une certaine liberté politique, qui varie cependant fortement en fonction des pays d'accueil. Ces espaces forment donc le tissu de base de la société palestinienne dans l'exil.

Un des signes de l'intégration des camps à la ville est le développement d'activités commerciales que l'on retrouve aussi bien en Jordanie, qu'en Syrie ou au Liban. À Amman, le camp de Wihdat et celui de Jabal Hussein sont devenus parmi les principaux marchés populaires de la capitale jordanienne. À Beyrouth, à Tyr ou Tripoli, les camps sont aussi devenus des espaces commerciaux attirant une importante clientèle populaire libanaise. Ces activités commerciales, parfois très lucratives, permettent aux réfugiés de sortir du camp pour aller vivre en ville tout en continuant à travailler dans le camp.

Les différentes vagues de populations migrantes

Loin d'être des espaces clos, les camps de réfugiés palestiniens – ou les quartiers à forte concentration palestinienne – accueillent aujourd'hui un nombre croissant de migrants arrivés depuis une dizaine d'années, et qui sont pour partie demandeurs d'asile comme c'est le cas d'Irakiens rencontrés dans le camp de Shatila à Beyrouth, ou de travailleurs migrants pour la plupart sans papiers, comme des Syriens, des Soudanais ou des Sri Lankais. La présence de cette population non palestinienne dans des camps de réfugiés qui ne leur sont pas destinés nous invite à revisiter la perception que nous avons des camps de réfugiés et à les comprendre comme des espaces de relégation urbaine. La location de logements est une activité qui procure des revenus aux Palestiniens, qui subissent de très fortes restrictions d'accès au marché de l'emploi libanais. On assiste donc à des formes de complémentarités entre populations migrantes issues de vagues différentes qui s'expriment dans ces quartiers où se développe un marché du logement parallèle qui satisfait tant les populations installées de longue date que les nouveaux arrivants. Les petits commerces de proximité que l'on retrouve dans les camps palestiniens bénéficient aussi de l'apport de ces clients qui cherchent le plus souvent à s'approvisionner au plus près et au moindre coût selon les témoignages recueillis auprès de petits commerçants palestiniens installés dans ces quartiers.

Cinquante années d'exil ont forgé des communautés palestiniennes, chacune singulière dans son rapport avec sa société d'accueil, mais toutes unies autour d'un passé commun et d'une terre commune. Les camps palestiniens représentent trois aspects de la dynamique socio-spatiale palestinienne : la permanence territoriale, c'est un lieu de stabilité, de continuité, un lieu de « l'entre-soi », et un espace de contact avec la société d'accueil. La concentration spatiale des Palestiniens facilite la permanence des systèmes de solidarité villageois et familiaux. Les camps de réfugiés ont une efficacité réelle dans l'organisation et le développement des réseaux de solidarité palestiniens dans l'exil. Cependant, au fur et à mesure de la perte d'influence de l'OLP dans la diaspora, les camps deviennent des espaces de repli identitaire, social et économique. Avec l'augmentation de la pression démographique, et le manque de moyens financiers, les infrastructures sont sous adaptées et les habitations sont en voie de délabrement.

« La concentration spatiale des Palestiniens facilite la permanence des systèmes de solidarité villageois et familiaux. »

La situation des Palestiniens demeure cependant très précaire et réversible, tributaire d'une situation géopolitique régionale instable et de contextes nationaux conflictuels. Si les Palestiniens en Syrie ou en Jordanie jouissent d'une certaine stabilité et participent de façon active à l'économie de leurs pays d'accueil, ce n'est pas le cas partout dans la région. C'est au Liban que les réfugiés palestiniens sont aujourd'hui le plus marginalisés et la destruction en 2007 par les autorités libanaises du camp de Nahr al Bared lors de leur tentative de mettre fin aux activités de Fath al Islam, un groupe islamiste composé de ressortissants venus de différents pays arabes, a entraîné le déplacement de plus de trente mille Palestiniens qui, ayant perdu leur moyens de subsistances ainsi que leur habitat, se sont retrouvés à nouveau dépendants de l'aide internationale. Enfin, la situation des réfugiés s'est aussi considérablement dégradée en Cisjordanie et à Gaza, où le blocus israélien quasi-permanent et le dernier conflit de décembre 2008 ont déclenché des crises humanitaires d'envergure, renvoyant les Palestiniens à leur statut de réfugiés précaires et tributaires de l'aide internationale. ■

À Gaza, l'humanitaire sert la guerre

Entretien avec **Anis Gandeel**, éducateur

Propos recueillis par **Daniel Coutant**

Pratiques : *Pour vous, l'humanitaire s'inscrit dans une stratégie, qui ne doit pas se limiter à une assistance seulement utile à la survie. A la lumière de votre expérience à Gaza, pouvez-vous nous en dire plus ?*

Anis Gandeel : Lors de la première Intifada, de 1987 à 1993, avec la fermeture des écoles, l'objectif était, à travers du soutien scolaire, de la mise en place de centres d'accueil pour les enfants... de maintenir la cohésion sociale, d'aider à résister et de ne pas sacrifier la scolarisation des enfants.

Avec la fin de l'Intifada, le processus d'Oslo et l'annonce d'un État palestinien en devenir, l'objectif a changé : il s'agissait alors de s'inscrire dans la reconstruction, notamment bâtir une société respectant le droit, les libertés... Les résultats ont d'ailleurs été palpables.

À partir de 2000, à cause de l'échec des accord d'Oslo, avec la deuxième Intifada, cette stratégie a été progressivement entravée et maintenant, depuis janvier, avec le blocus et la guerre contre Gaza, l'urgence est alimentaire et non plus la construction d'un projet sociopolitique.

Vous dites que Gaza renvoie aux limites de l'aide humanitaire internationale, qu'entendez-vous par là ?

À Gaza, avec l'UNRWA, l'agence de l'ONU pour les réfugiés palestiniens, la situation humanitaire

d'urgence dure depuis soixante ans ! Pourtant, les conditions de vie de la population n'ont jamais été aussi dramatiques qu'aujourd'hui. Le blocus imposé par Israël contre Gaza a détruit les infrastructures, anéanti l'économie et appauvri la population. Le nombre de personnes vivant dans une pauvreté absolue dans la bande de Gaza a fortement augmenté. Aujourd'hui, 80 % des familles de Gaza – plus de 1,1 millions de personnes, soit environ trois quarts de la population de Gaza – dépendent de l'aide humanitaire contre 63 % en 2006 !

S'agit-il de limites ou là encore de stratégie... d'une stratégie non pas des Palestiniens mais des Israéliens ?

Pas seulement des Israéliens. À la conférence de Charm el Cheik, le 2 mars 2009, quatre-vingt pays et organisations adoptent un plan de reconstruction alors qu'aucune puissance influente (États-Unis, Europe...) n'avait cherché à enrayer ou stopper l'agression israélienne contre la population de Gaza deux mois plus tôt ! De plus, en raison du blocus israélien, cette aide n'arrive pas encore ! Ce qui n'a pas été obtenu avec les chars, Israël compte l'obtenir par l'accroissement – calculé – de la misère ! L'humanitaire international est ainsi instrumentalisé au service de guerre... avec la complicité de la communauté internationale... ■

Anis Gandeel est originaire de la bande de Gaza. Co-fondateur de l'Institut Canaan de pédagogie nouvelle à Gaza. Il a mené différents programmes d'éducation, de formation et de développement.

Humanitaire ou politique ?

Les Palestiniens sont l'objet de l'intérêt humanitaire pour le respect de leurs besoins minimaux, ce qui permet de ne pas poser la question politique de leur absence de droits et d'autonomie.

§Humanitaire
§Politique
§Exclusion
§Gouvernement

■ **Anat Matar**, professeure de philosophie à l'université de Tel Aviv

Traduit de l'hébreu par **Joëlle Marelli**

Il y a quelques mois, nous avons rencontré – plusieurs membres de l'Association israélienne pour les prisonniers palestiniens et moi-même – un ancien officier haut gradé de l'armée qui défend aujourd'hui la libération des prisonniers palestiniens dans le cadre du processus de paix, un peu à la manière de ce qui s'est passé en Irlande. On s'en souvient, la reconnaissance par l'Angleterre du fait qu'il s'agissait de prisonniers politiques, puis leur libération intervenue progressivement, ont donné un important élan aux accords de paix.

Notre but, en rencontrant cet officier haut gradé, était de lui présenter les problèmes les plus aigus des prisonniers palestiniens. Nous lui avons dit qu'Israël montrant peu de dispositions à parvenir à tout accord au Moyen-Orient et, étant donné la fracture politique dans la société palestinienne, parler d'accords contribuait à nier les vrais problèmes.

Environ 8 000 prisonniers politiques sont actuellement incarcérés dans les prisons israéliennes. Parmi eux, plus de 500 le sont sous le régime de la détention administrative, autrement dit sans inculpation et sans procès. En les détenant hors des territoires occupés, Israël contrevient au droit international et entrave considérablement les possibilités de visites. L'aspect le plus grave de cette infraction est que les prisonniers gaziotes n'ont pu recevoir de visites familiales depuis plus de deux ans et demi, depuis le resserrement par Israël du blocus imposé à la bande de Gaza.

Étant donné que les prisonniers détenus pour des délits dits « de sécurité » ne sont pas autorisés non plus à avoir accès au téléphone, ils sont totalement coupés de leurs familles. Pendant l'offensive israélienne contre Gaza, cette situation a eu des conséquences terribles pour les nombreux prisonniers dont les familles ont subi des pertes en vies et en biens.

Un humanitaire prétendument abstrait du politique

Si je reviens sur cette rencontre, c'est à cause de la réaction de cet officier haut gradé. Selon lui, notre relation aux prisonniers était de nature « humanitaire », tandis qu'il entretenait pour sa part un rapport de nature « politique » à ces mêmes prisonniers. Nous nous sommes insurgées.

Tel que je le comprends, le terme « humanitaire » instaure très nettement une dichotomie par laquelle il se démarque de la notion de « politique ». Ce terme présuppose implicitement qu'il est possible – et même souhaitable, voire vital – d'abstraire une situation donnée de ses conditions politiques pour ne s'intéresser qu'aux besoins élémentaires des personnes : savoir si leur vie est en danger, s'ils souffrent de la faim, s'ils sont privés de maison, s'ils ont accès aux soins médicaux. L'action humanitaire est dirigée précisément contre de telles menaces, en offrant une réponse directe à la souffrance (un refuge pour ceux qui sont en danger, de la nourriture pour les affamés, un toit pour les sans-abri, une aide médicale aux blessés et aux malades) tout en contournant les circonstances politiques qui ont conduit à cette souffrance.

Ce qui motive la relation humanitaire et la distance prise à l'égard du politique est la possibilité réelle d'action : il est très difficile de résoudre les problèmes politiques, et différer la résolution de problèmes aussi urgents que ceux que j'ai énumérés jusqu'à obtention d'une solution politique engage le risque de laisser durer pendant de longues années une criante souffrance, la mort, la faim et la maladie.

Un humanitaire renfort des pouvoirs politiques

Si cette dichotomie – entre l'humanitaire et le politique – correspondait à quelque chose, il serait à mon avis très logique de défendre l'aide humanitaire. Le problème est que cette dichotomie ne correspond

Anat Matar est présidente de l'Association israélienne pour les prisonniers palestiniens.

.../...

.../... à rien. Elle induit en erreur et, comme je l'ai dit, l'erreur réside d'emblée dans le fait d'utiliser un terme – « humanitaire » – qui renvoie à cette dichotomie comme à une chose évidente.

Ce qu'on omet de prendre en compte, ce faisant, c'est par exemple la manière dont l'aide « humanitaire » contribue à renforcer la situation politique existante en reportant les possibilités de solution. L'instance responsable de la situation de détresse a des raisons d'être satisfaite de l'allègement de la crise humanitaire, allègement qui soulage cette instance des pressions en vue d'un changement de la politique qui a créé la souffrance.

Il est clair, par exemple, qu'Israël trouve un grand intérêt à l'aide humanitaire offerte par les différentes instances internationales pour soulager la détresse des habitants de Gaza. Par sa nature, cette aide n'a pas pour but et n'a pas la capacité de conduire au bien-être de ses destinataires. Elle ne peut et ne cherche qu'à les maintenir dans un état d'existence minimale. L'autonomie des Palestiniens, leur aspiration à la liberté, est délibérément effacée – et avec elle une importante dimension de leur humanité. L'humanitaire devient anti-humain.

Une humanité nécessairement politique

Cela signifie-t-il que toute intervention de ce type est négative ? Pas exactement. Refuser d'admettre la dichotomie, c'est refuser aussi le binarisme de la question de l'aide « humanitaire » : oui ou non ? Toute solution effective impose un certain nombre de conditions.

La première de ces conditions est que les instances qui ont intérêt à améliorer la situation reconnaissent la pleine humanité de ceux qui souffrent, des destinataires de l'aide. L'humanité est toujours également politique. Il s'agit de savoir dans quelle mesure l'aide purement technique – même si elle soulage temporairement la souffrance – repousse la pleine réalisation de l'humanité de ceux qui souffrent.

La deuxième condition est que ces instances reconnaissent la puissance qui est la leur, la part qui est la leur dans le jeu politique. Ainsi, les États européens qui apportent un soutien « humanitaire » aux habitants de Gaza tout en continuant à entretenir des relations normales avec Israël – notamment en

« Il s'agit de savoir dans quelle mesure l'aide purement technique, qui soulage temporairement la souffrance, repousse la réalisation de l'humanité de ceux qui souffrent.

lui envoyant des armes, en autorisant la distribution des produits des colonies, en soutenant les institutions israéliennes (universitaires, commerciales, culturelles, sportives) – aggravent clairement la situation des habitants de Gaza et celle des Palestiniens en général. J'ai tendance à ne pas croire en la naïveté des responsables politiques.

C'est pourquoi il est clair que les États qui choisissent la voie « humanitaire » le font précisément pour pouvoir continuer à soutenir, dans les faits, la politique d'oppression israélienne. La solidarité qu'ils affichent est destinée à Israël, non aux Palestiniens, auxquels ils refusent la liberté. S'ils souhaitaient vraiment apporter de l'aide aux Palestiniens, point ne serait besoin pour autant de cesser d'envoyer de la nourriture, des médicaments et des matériaux de construction en direction de la bande de Gaza.

Il faudrait en revanche affirmer sans équivoque – et agir en conséquence ! – qu'ils ne sont pas prêts à accepter la politique israélienne qui a conduit à la crise « humanitaire ». Pour l'instant, c'est le contraire qui est vrai : des avocats européens et des organisations non gouvernementales, qui souhaitent une enquête sur les crimes de guerre commis par Israël à Gaza, se heurtent à des obstacles de la part leurs États, lesquels leur expliquent sans détour qu'ils feraient mieux d'investir leur énergie dans l'aide humanitaire !¹

Et les prisonniers palestiniens dans tout cela ? L'officier supérieur que j'ai évoqué commet exactement le péché inverse de celui des humanitaires : il laisse de côté l'humanité des prisonniers, chez qui il ne voit que des instruments en vue de l'obtention d'un accord. Notre obstination à faire respecter le droit des prisonniers – du moment de l'arrestation à la possibilité de libération en passant par le procès et les conditions de détention – n'est pas simplement « humanitaire », parce qu'elle part de la reconnaissance des motifs de leurs actions : l'aspiration à se libérer de l'occupation israélienne. En d'autres termes, nous récusons la question : « humanitaire ou politique ? ». ■

1. Voir notamment « Foreign Office accused of hindering human rights lawyers in Gaza Strip », Afua Hirsch, *The Guardian*, 21 avril 2009.

Humanitaire, droit et perversion

C'est au final l'intention humanitaire qu'on est conduit à interroger, à partir de l'idée d'un droit humanitaire, dans sa volonté même de consensus. Car c'est précisément cette apparence de consensus qui fait violence à la solidarité en empêchant l'espace politique de s'ouvrir au débat. Cette dépolitisation de l'espace public conduit, par exemple, les lobbies industriels à s'appropriier le discours humanitaire qui devient une fabrique de normes. Sur les questions liées au logement, à la santé, au travail, le discours compassionnel et consensuel ne fait que conforter les effets de discrimination en les euphémisant. C'est donc par un autre travail de terrain, moins flamboyant et moins médiatiquement correct, que beaucoup choisissent de mettre en œuvre des formes plus efficaces de contre-pouvoir. Mais cela suppose aussi une analyse précise, méthodique et rigoureuse, des solidarités qu'on veut engager. ■

De quoi se mêle-t-on ?

À l'heure où l'on brandit le droit d'ingérence sans souci des droits des peuples, on devrait s'interroger sur la violation des droits dans nos propres pays.

■ **Sylvie Lagabrielle**, juriste

Pendant longtemps, l'action humanitaire s'est construite sans remise en cause du principe de droit international de la souveraineté des États, c'est-à-dire en quelque sorte du droit de ceux-ci à disposer d'eux-mêmes, de décider librement dans les matières qui les intéressent directement.

Les choses changent à la fin des années 60 qui voient resurgir une idée ancienne : celle d'ingérence. Ce concept entend dépasser les définitions restrictives traditionnelles de la souveraineté pour imposer un « devoir d'assistance à peuple en danger ». Il s'agit par là, à rebours des principes du droit international, de subordonner la souveraineté des États interprétée comme « une sorte de mur à l'abri duquel tout peut se passer » à une « morale de l'extrême urgence » visant à protéger les droits fondamentaux de la personne.

Bien qu'il signe une évolution marquante du droit humanitaire, le droit d'ingérence n'a pas pris véritablement consistance dans le droit international. Les résolutions de l'Assemblée générale des Nations unies (AGNU) n° 43/131 relative à l'assistance humanitaire aux victimes des catastrophes naturelles et situations d'urgence du même ordre et n° 45/10 qui autorise l'établissement de couloirs d'urgence, chère aux tenants du droit d'ingérence, sont des socles fragiles.

Le concept de droit d'ingérence reste d'ailleurs, lui-même, flou quant aux acteurs auxquels il s'adresse (États, organisations humanitaires, organisations de sécurité collective).

Mais sa fragilité majeure tient dans l'ambiguïté de ses motivations. Perçu ici de manière positive, il ne constitue sous d'autres cieux qu'un ultime avatar du colonialisme et de cet impérialisme occidental qui avaient déjà pris prétexte de l'humanité civilisatrice pour mener leurs conquêtes territoriales. Aussi la remise en cause du principe de souveraineté par l'ingérence est-elle loin d'être unanimement admise. Que cache donc la générosité des pays riches envers les pays pauvres ?

Sur le terrain, l'ambivalence de l'ingérence se traduit par une exposition maximale des travailleurs humanitaires locaux. Une étude menée en 2006¹ souligne que les violences envers les travailleurs

humanitaires sont les plus répandues en Somalie, au Soudan, en Afghanistan, en Iraq, en République Démocratique du Congo (DRC), en Tchétchénie et dans le Caucase du nord. Autrement dit dans des situations où l'humanitaire s'est manifesté dans le sillage d'opérations militaires. Présumer que le personnel autochtone est plus facilement accepté par les communautés locales et, par conséquent, nécessite moins de mesures générales de sécurité s'avère, dans ces situations, un leurre, le « local » étant parfois perçu comme prenant fait et cause pour un parti en conflit à cause de ses origines ethniques ou religieuses.

L'autre fragilité de l'ingérence tient, paradoxalement, dans sa limitation territoriale, car si l'action humanitaire est « celle qui vise, sans aucune discrimination et avec des moyens pacifiques, à préserver la vie dans le respect de la dignité, à restaurer l'homme dans ses capacités de choix »², pourquoi en rester là ? Quand une politique nationale dans les pays du Nord heurte des valeurs qu'elle porte en bandoulière ailleurs... celles-ci ne justifieraient-elles pas la désobéissance civile ? N'est-il pas légitime de s'opposer au renvoi de certains étrangers en considération de ce qu'ils risquent ? N'est-il pas légitime de protéger des enfants ? Curieusement, le droit humanitaire n'a jamais été convoqué dans ces circonstances-là. Et pourtant... le devoir d'assistance perdrait-il de sa pertinence sous prétexte que le besoin s'en fait sentir dans nos frontières ? Dans la négative, au-delà de l'ingérence, le respect des principes humanitaires se révélerait, alors, d'abord, une œuvre de résistance. ■

1. A Stoddard, A Harmer, and K Haver, *Providing aid in insecure environments: trends in policy and operations*, Humanitarian Policy Group, ODI, and New York: Center on International Cooperation, 2006. www.odi.org.uk/hpg/papers/hpgreport23.pdf
2. R. Brauman, *L'Action humanitaire*, Paris, Flammarion, Coll. « Dominos », 1995, p. 9 cité in O. Lanotte, *L'opération Turquoise au Rwanda : intervention humanitaire ou nouvel avatar de la politique africaine de la France ?*, Louvain-la-Neuve, UCL, Département des Sciences politiques et sociales, Coll. « Notes et Etudes de l'Unité des Relations internationales », n. 8, 1996, p. 6-7.

« Que cache donc la générosité des pays riches envers les pays pauvres ? »

Compassion et impérialisme

La compassion, encouragée par les pouvoirs politiques et les médias vis-à-vis de la souffrance des autres, détourne l'indignation des véritables causes des inégalités.

§Mondialisation
§Marché
§Inégalités

■ **Jacques Richaud**, neurochirurgien

Quel lien peut-il y avoir entre les dérives d'une organisation enlevant de faux orphelins tchadiens et un ministre, ex « *french doctor* » préparant l'opinion au bombardement de l'Iran ? Entre un donateur du Téléthon et la croisade de l'axe du bien ? Entre les foules indignées par l'assassinat d'un seul enfant et... l'assourdissant silence face aux crimes de guerre ou à la misère et l'exploitation à notre porte ou dans des horizons plus lointains ? Comment se construisent nos indignations sélectives ? Qui les manipule ? Et surtout quelle est notre responsabilité ?

La compassion qui nous aveugle

En face de ses « laissés pour compte », la démocratie a élevé la compassion au rang de substitut des interrogations plus profondes sur sa propre nature. Cette promotion sentimentale n'est pas secondaire ou annexe, elle s'inscrit dans une stratégie de pouvoir : Tocqueville en Amérique et Hannah Arendt en Europe ont bien analysé ce processus.

Le « point aveugle » d'une idéologie qui ne veut pas se remettre en cause est ainsi occupé par « les sentiments » qui remplacent « la » politique. Dans notre société de violence institutionnelle et sociale, le pouvoir feint de se placer du côté des victimes pour compatir aux effets sans examiner les causes. L'ordre autoritaire encourage la posture compassionnelle qui exonère les responsables du devoir de réduire les injustices sociales¹... La compassion et le bâton sont les deux faces de la démocratie compassionnelle.

La compassion spectacle

En réalité, la compassion ne fait qu'entériner l'existence d'une souffrance ou d'un état dont on peut ainsi renoncer à corriger la cause... La société du spectacle et des médias trouve même dans ce sentimentalisme devenu universel une matière

première merveilleusement télégénique, comme le sont les immenses camps de réfugiés ou les modestes tentes rougeoyantes du canal Saint-Martin au seuil de l'hiver. Ce spectacle toujours renouvelé sert d'épître à nos rituels compassionnels collectifs qui nous détourneront des vraies causes de la misère et des guerres. Le Téléthon fait taire les questionnements de fond sur le financement de la recherche et le marché de la maladie est devenu un marché comme les autres. Le fait divers le plus odieux jette dans la rue des foules compatissantes bien plus nombreuses que celles qui revendiquent l'abolition de la misère, la fin des ventes d'armes ou le refus d'envoyer nos soldats tuer femmes et enfants au-delà des mers. Des ONG reconstruites d'utilité publique sont prêtes à prêcher des croisades nouvelles ou légitimer des ingérences « humanitaires » aux vraies motivations inavouables. L'homme révolté, celui décliné par Marx autant que par Camus ou Sartre est remplacé par l'homme compassionnel, celui si bien décrit par Myriam Revault D'Allones² ; mais cet homme-là est-il encore un démocrate ? Exerce-t-il sa liberté de citoyen ou est-il instrumentalisé ?

Compassion et impérialisme

Les damnés de la terre, oubliés et assassinés de toutes les famines et de toutes les guerres, voient parfois se diriger vers eux au mieux les bénévoles de toute obédience et les dispensateurs de « l'aumône onusienne » faite aux pauvres.

Il nous est annoncé une « crise alimentaire mondiale » dont la dimension vertigineuse pourrait bien devenir « génocidaire » pour les continents les plus fragilisés par les entraves antérieures au développement, la spoliation de leurs richesses et l'organisation administrée de leur « dépendance » par l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) et le Fonds Monétaire International (FMI), qui ont

« Le Téléthon fait taire les questionnements de fond sur le financement de la recherche et le marché de la maladie. »

Jacques Richaud est praticien hospitalier au CHU de Toulouse. Cet article est extrait d'une première publication sur le site *Le Grand Soir* : <http://www.legrandsoir.info/spip.php?article6609>

.../...

.../... déployé leur génie à anéantir l'auto-suffisance alimentaire dont l'absence va s'avérer mortelle.

Les luttes d'émancipation ont été dans de vastes zones précédemment colonisées étouffées dans le sang d'abord, puis découragées par la corruption des gouvernants dans des contrats asymétriques d'aide au développement qui ne visaient qu'à prolonger la dépendance et la faiblesse de continents entiers.

Il se pourrait, sur fond de crise économique, que la crise alimentaire mondiale fasse exploser les limites du concept « compassionnel » et en révèle l'imposture globale. Nous continuons à penser, au fond, que certaines vies n'ont pas la même valeur que celles de nos proches. La compassion qui sera bientôt débordée se révélera pour ce qu'elle n'avait jamais cessé d'être, l'allié objectif de la violence dont elle prétendait corriger les effets. La « crise » révèle une injustice sociale bien plus profonde et grave qui est l'existence d'un apartheid mondial organisé que nul projet ne prévoyait de réduire.

Droits de l'Homme, vraiment ?

La compassion dévoyée n'a pas de couleur politique, elle est le contraire de la politique ! La compassion est faite pour endormir les consciences et pas pour réveiller les citoyens, elle est faite pour diaboliser ceux qui encouragent les luttes d'émancipation et les révoltes légitimes en leur opposant un « contre-faux-modèle » d'humanisme qui s'auto-légitime pour justifier le pire. Le « droit de l'homme » est son évangile profane.

Les Droits de l'Homme sont devenus l'idéologie de substitution qui nous détourne de jeter un regard sur notre propre société. L'homme compassionnel doit être entretenu pour que nul ne s'interroge sur le fait que le premier droit défendu sera celui de propriété, c'est-à-dire objectivement la légitimation de la dépossession dans un ordre du monde qui s'est construit selon un mode historiquement très inégalitaire.

Ces « droits de l'homme » sont l'argument premier des croisés de l'axe du bien dans un choc des civilisations qui est d'abord le renforcement d'une hégémonie occidentale. On ne peut qu'encourager

« La "crise" révèle une injustice sociale bien plus profonde et grave qui est l'existence d'un apartheid mondial organisé que nul projet ne prévoyait de réduire. »

la lecture du court essai magistral d'Immanuel Wallerstein³, nous montrant la pleine actualité de la « Controverse de Valladolid » dont les termes relatifs à la définition de l'universalisme étaient déjà débattus au XVI^e siècle ; transposable dans une analyse que nous pouvons amorcer de notre « droit d'ingérence », au nom de présumées valeurs dont nous serions dépositaires. D'autres voix s'étaient élevées dans le siècle contre nos

prétentions impérialistes : celle d'Aimé Césaire dans les années cinquante, celles de Frantz Fanon et d'Abdel-Malek dans les années soixante, puis celle d'Edward Saïd surtout depuis les années quatre-vingt... Chacun sut décrypter l'évidence de l'imposture de nos « droits de l'homme ». Après la lecture de Wallerstein, chacun reconnaîtra combien dans notre entourage sont encore peu nombreux les héritiers de Bartolomé de las Casas qui défendait les « indiens » et combien ressemblent furieusement à son contradictoire Sepúlveda ceux qui prétendent mener en notre nom une « guerre de civilisation ».

En conclusion : nous vivons un défi inouï à la veille d'une catastrophe alimentaire mondiale dont les effets, encore aggravés par les désordres écologiques et climatiques, dépasseront les habituelles capacités de dissimulation de nos entreprises compassionnelles. Notre indifférence génocidaire a été illustrée par le président Bush disant au début de la crise financière : « Notre mode de vie n'est pas négociable ». La formule concentre et résume toute l'horreur du capitalisme mondialisé fondant sa prospérité sur l'existence des inégalités extrêmes ; mais ce credo est aussi celui de beaucoup d'autres peuples, usant du leurre compassionnel pour se dédouaner de leurs responsabilités. Jusqu'à quand ? ■

- 1. Le 26 septembre 2005, Le ministre de l'Intérieur Nicolas Sarkozy, lors de l'émission « Contre courant » sur F2 énonce : « Lorsqu'on commence à expliquer l'inexplicable, c'est qu'on s'apprête à excuser l'inexcusable. »
- 2. Myriam Revault D'Allones, *L'homme compassionnel*, Seuil, 2007.
- 3. Immanuel Wallerstein, *L'Universalisme Européen. De la colonisation au Droit d'ingérence*, Demopolis, 2007.

La cause de l'eau

Aujourd'hui, le discours humanitaire est le meilleur moyen qu'ont trouvé les multinationales de l'eau pour mettre la main sur les marchés des pays en développement et leur imposer le modèle de gestion le plus lucratif.

■ **Roger Lenglet**, philosophe et journaliste, spécialiste du lobbying et de la corruption, membre d'Anticor

§Marché, privatisation
§Manipulation
§Relations Nord-Sud

Plus d'un quart de l'humanité n'a pas accès à l'eau potable et 35 000 personnes en meurent chaque jour. Nul ne peut contester que nous sommes ici devant un devoir de solidarité et une urgence absolue. Le discours humanitaire déployé à ce sujet impose d'autant plus le respect que les mots restent trop faibles devant la réalité. En même temps, chaque commentaire critique semble ajouter un retard de plus entre le discours et les vies à sauver. Voilà qui commande d'agir, à tout le moins de soutenir les actions ou de se taire.

« Faire du droit à l'eau pour tous une réalité », « Permettre l'accès de tous aux services de l'eau »... Ces slogans ressemblent à ceux des ONG, mais ce sont ceux de Veolia Environnement, l'une des plus importantes multinationales au monde. Plus précisément, il s'agit des formules répétées par Veoliaforce (ex Waterforce), la fondation humanitaire du groupe. Voici comment elle présente sa mission, les caractères gras sont de Veolia : « Apporter une **aide humanitaire d'urgence**, en envoyant sur le terrain des experts et des équipements pour sécuriser l'approvisionnement en eau et éviter les épidémies. Elle s'appuie sur un **réseau de salariés volontaires** qui apportent temps et savoir-faire pour secourir les populations sinistrées. » Et de citer ses « actions humanitaires » au Gabon, au Niger, au Maroc...

« Aujourd'hui, plus de 25 % de la population de la planète n'a pas accès à l'eau potable. Chaque année, près de huit millions de personnes, dont 50 % d'enfants, meurent dans le monde à cause d'une eau de mauvaise qualité ». Cette fois, c'est le groupe Suez qui parle. Le grand concurrent de Veolia. Laissons-le également présenter ses actions : « Suez Environnement aide, depuis de nombreuses années, les pays dans lesquels elle est implantée à relever ce défi. De 1995 à 2008, Suez Environnement a, dans le cadre de ses contrats : apporté l'eau potable à près de onze millions d'habitants dans les pays émergents et connecté 5,3 millions d'habitants à un réseau d'assainissement. C'est pour prolonger cet engagement, notamment dans les zones où nous n'intervenons pas directement, que nous avons créé la **Fondation Suez Environnement – Eau pour tous** ».

Ce discours est offert à l'opinion publique, sur Internet et dans les médias traditionnels. Le discours humanitaire des compagnies ne date pas d'hier (il a accompagné les premières implantations à l'époque coloniale) et dépasse désormais de très loin le cadre de la bonne réputation des groupes et du redoré de blason. Il s'agit aujourd'hui d'un véritable instrument de lobbying à l'échelle planétaire. L'argument sert tout d'abord de fondement aux relations très étroites que les firmes entretiennent avec les institutions internationales dont dépendent les aides au développement (Banque mondiale, *World Water Council*, Organisation mondiale du commerce...). Il est anormal que les fonds internationaux accordés dans le secteur de la distribution de l'eau

« **“Faire du droit à l'eau pour tous une réalité” ce slogan ressemble à ceux des ONG, c'est celui d'imposantes multinationales.** »

le soient seulement pour des projets défendus par les groupes privés et qu'ils n'aient appuyé, au cours des dernières décennies, que les réalisations inspirées par les représentants de la libéralisation des marchés de l'eau.

Il est utilisé également auprès des collectivités locales et des gouvernements pour obtenir des contrats de délégation.

Dans la pratique, on voit le prix de l'eau grimper rapidement et atteindre des niveaux tellement élevés qu'il exclut ceux que la firme avait prétendu aider. Et, dans le meilleur des cas, cela a pour effet d'aggraver la pauvreté des populations contraintes d'acheter leur eau ou de verser aux collectivités des contributions de plus en plus importantes. Le principe de faire figurer dans les contrats un minimum vital gratuit en eau, avancé par des ONG, reste une idée révolutionnaire.

L'ambition commerciale des industriels les porte aussi régulièrement à exploiter les nappes et les sources au-delà des besoins locaux, non pas pour acheminer la précieuse ressource vers des régions déshéritées mais vers... les pays riches. L'eau exploitée est alors mise en bouteille sous des étiquettes qui font rêver. Nestlé Pur Life, parmi d'autres, illustre cette stratégie. Sous son emballage bleuté, le consommateur

Association des élus et des citoyens contre la corruption.

www.anticor.org

Roger Lenglet est l'auteur notamment de *L'eau des multinationales – Les vérités inavouables*, (avec Jean-Luc Touly), Fayard, 2005.

.../...

.../...

achète une eau d'autant plus pure, aérienne et lustrale qu'elle vient de « nulle part ». Elle vient pourtant d'un lieu précis : Sao Lourenço, petite ville de l'État de Mina Gerais au Brésil.

Notons que les exploitations commerciales de ce genre favorisent les pompages intensifs qui conduisent à épuiser les ressources. De plus, les forages et les infrastructures industrielles peuvent avoir pour effet de les dénaturer ou de les rendre impropres à une consommation sans traitement, comme l'a illustré précisément le cas de Sao Lourenço.

Les exemples comme celui de Sao Lourenço abondent. Le Brésil et les pays d'Amérique du Sud en fournissent à eux seuls de nombreuses illustrations. En témoignent les Indiens venus discuter de ces problèmes au Forum social de l'eau à Sao Paulo en mars 2003, et aux forums organisés chaque année depuis. On retrouve dans le monde entier ce type de scénario mettant en scène des entreprises uniquement soucieuses d'améliorer leur cotation en bourse.

Parmi les autres arguments humanitaires des firmes, la promesse de création d'emplois exerce une puissante suggestion sur les décideurs locaux. Hélas, la réalité est encore une fois décevante. L'altération liée à ces exploitations industrielles des sites a même parfois l'effet inverse. Tout en ayant parfois de graves répercussions sur le tourisme autour des sites, les infrastructures lourdes sont généralement hautement mécanisées et créent peu d'emplois. « N'importe quel grand hôtel emploie plus de monde », expliquait ainsi le Brésilien Franklin Frederick, représentant des droits civiques pour la conservation de l'eau comme bien public, en lutte pour que l'eau devienne un Droit de l'Homme ¹.

Il faudrait rendre compte ici des luttes d'usagers, devenues intenses à travers le monde, pour défendre ce droit et résister à la privatisation des ressources en

eau. Les ruptures de contrat avec les industriels pour retourner en régie publique ne se comptent plus ². Les associations mobilisées sur le problème représentent aussi dorénavant une force de critique et d'action organisée mondialement.

C'est pourquoi, depuis quelques années, on voit se multiplier les attentions généreuses des majors de l'eau qui, développant toujours un discours humanitaire, nouent des partenariats avec toutes les ONG qui le veulent et accordent des subventions de plus en plus larges. Peu résistent à ces propositions financières, car elles paraissent amplifier leurs moyens d'action. Mais y céder, en se disant qu'on restera fidèle à ses principes d'indépendance est une naïveté. Quand un budget associatif repose à 20 % ou 30 % sur des subventions industrielles ou provenant d'institutions internationales, comme c'est de plus en plus souvent le cas, il devient très difficile de contrarier les financeurs. Un retrait de telles subventions peut signifier une réduction d'emploi au sein de l'ONG ou d'autres mesures douloureuses qui ne permettent plus d'envisager de s'en passer.

Il serait dommage que les luttes, dans le domaine de l'eau, connaissent le même émoussement contestataire que celui qu'on constate dans le domaine de la santé depuis qu'une grande partie des associations de patients ou de malades créées à l'initiative de militants sont subventionnées par les laboratoires pharmaceutiques. Le budget de certaines d'entre elles reposant parfois jusqu'à 40 % ou plus sur cette nouvelle « philanthropie » des industriels. ■

1. Franklin Frederick a obtenu en 2009 le « Prix Nord-Sud contre l'oubli » pour ce combat.

2. Le site de l'Association pour un Contrat Mondial de l'Eau (ACME) en rend compte régulièrement. www.acme-eau.org

Le Pape, le préservatif et la biopolitique

§Morale
§Normes
§Politique

L'impératif de l'humanitaire est devenu une norme qui interdit de penser les questions morales et politiques. À partir de la réaction contre les déclarations du Pape sur le préservatif, un philosophe critique la pensée humanitaire unique...

■ **Alain Brossat**, philosophe

Non seulement l'« humanitaire », considéré comme ensemble de dispositifs pratiques et foyer de discours n'est pas un « contre-pouvoir », mais il est même devenu, dans nos sociétés, un régime de pouvoir hégémonique – si ce n'est le *pouvoir* par excellence. Il ne se présente pas du tout, en effet, comme un pouvoir distinct, mais bien comme un usage stratégique du pouvoir, une *modalité* en expansion constante, prospérant sur cette opération distincte : l'articulation de l'idéologie contemporaine des Droits de l'Homme (en tant que composante du discours des démocraties libérales) sur le gouvernement des vivants (le pastorat biopolitique, le biopouvoir).

L'humanitaire comme fabrique de normes

L'« humanitaire » est devenue à ce point la fabrique des normes pour tout ce qui concerne le gouvernement des populations que tout discours ou tout dispositif pratique, toute conduite tendant à s'écarter de ces règles et de la dynamique d'ensemble dont elles sont partie prenante est désormais susceptible d'être considéré soit comme relevant de la pure et simple aberration, soit comme d'un projet criminel – soit un amalgame des deux. Aucune espèce d'autorité, de puissance légitimée n'échappe à ce régime nouveau qui fait de la normativité humanitaire le règlement à prétention d'universalité par excellence. C'est bien la leçon irrécusable qui se dégage de la bronca mondiale récemment suscitée par le *statement* papal à propos du Sida et du préservatif, benoîtement énoncé dans l'avion le conduisant au Cameroun (mars 2009) : si le Pape est apparu, comme l'ont alors clamé les médias, en délicatesse

avec la *réalité même*, c'est très précisément que son discours ne s'agence pas sur les systèmes d'évidence(s) biopolitiques et humanitaires qui s'imposent aujourd'hui massivement aussi bien aux (supposées) élites éclairées qu'à l'opinion globalisée.

Un régime de vérité « d'avant »

Sur le Sida et le préservatif, le Pape est scandaleux parce qu'il campe dans un système de discours et de pouvoir, un régime de vérité « d'avant » dont le propre est d'être l'un des derniers, si ce n'est le *tout dernier* qui résiste encore à l'impératif absolu du *faire vivre* (les corps) avant toute chose.

Il est ce *tout dernier* représentant d'une forme de pouvoir dont l'ambition première et déclarée est d'enseigner aux hommes (et non aux vivants) à vivre dans la vérité (ce que vaut cette « vérité » n'est pas ce qui est ici en question) et non pas de protéger, encadrer et proroger la vie, ou, comme on dit maintenant, de promouvoir le « droit à la vie ». Le discours du Pape est insupportable aux contemporains, en tant que l'immense majorité d'entre eux se perçoivent et « subjectivent » eux-mêmes comme des vivants avant tout ; en tant, justement, qu'il énonce sans grands détours que le « care », le soin de la vie et sa prise en charge ne sont pas tout, ni même le plus important – car ce qui compte avant tout, c'est la « spiritualité » humaine, soit l'amour entre hommes et femmes non réduits à la sexualité, soit le destin des humains irréductible à leur condition de *vivants en société*.

Distinctement, si l'on songe à Foucault, ce sont là deux formes de pouvoir pastoral qui s'affrontent

Alain Brossat a publié notamment *La démocratie immunitaire*, Éd. La Dispute, 2003 et *Le sacre de la démocratie*, Éd. Anabet, 2007.

.../...

.../... en un combat inégal ; ne disons pas tant l'un qui s'affiche comme « pastorat spirituel », pouvoir sur les âmes, et l'autre « pastorat du vivant », pouvoir sur les corps que : deux pastorats qui, tout en mettant en œuvre, dans des durées incomparables, la même grande forme du gouvernement du « troupeau » humain, s'opposent radicalement sur la destination même d'une telle conduite : assurer le salut des brebis dans un cas, prendre la charge de l'intégrité de la population dans l'autre.

Sensibilités humanitaires et immunitaires

Cette opposition se concentre distinctement dans le passage du propos papal le plus en conflit avec les sensibilités humanitaires et immunitaires contemporaines : « Je dirais que l'on ne peut vaincre ce problème du Sida uniquement avec de l'argent qui est nécessaire [« avec des slogans publicitaires », dans la version retouchée par le bureau de presse du Saint-Siège]. *S'il n'y a pas l'âme* [c'est moi qui souligne, A. B.], si les Africains ne s'aident pas, on ne peut le résoudre [« ce fléau »] en distribuant des préservatifs : au contraire, cela augmente le problème [« cela risque

« Bien loin, que l'humanitaire se présente comme un contre-pouvoir, il apparaît comme un régime de vérité produisant des systèmes d'évidences. »

d'augmenter le problème », dans la version corrigée] ». Ce que ne supporte pas la conscience humanitaire/immunitaire contemporaine, c'est l'idée rescapée des mondes anciens (comme revenant à l'état spectral dans la bouche du Pape) selon laquelle tout ce qui protège l'intégrité du vivant n'est pas à prendre inconditionnellement,

sans que soit examinée la valeur de ce moyen sous l'angle de l'amour (vrai) ou de la relation avec le prochain.

Ce qui a suscité ce *haut-le-cœur* mondial, avec la déclaration du Pape est distinct : l'idée selon laquelle sauver des vies en danger, les protéger, les immuniser contre un danger mortel (soit le premier des articles de foi de la religion humanitaire) n'est pas un impératif qui s'impose inconditionnellement, à n'importe quelle condition (ici, dans l'esprit du chef de l'Église catholique, celle de la dégradation des mœurs et du triomphe d'un sensualisme mortifère). Bien loin, donc, que l'humanitaire se présente en l'occurrence comme un « contre-pouvoir », il apparaît comme bien davantage qu'un « savoir/pouvoir » en pleine expansion – un *discours* dont le propre est de refouler et discréditer toute autre normativité que la sienne propre. Ou si l'on veut, un *régime de vérité* distribuant le vrai et le faux et produisant des systèmes d'évidences suffisamment massifs pour que tout ce qui y résiste ou s'y oppose soit susceptible d'être criminalisé.

Opérer le tri

La question n'est évidemment pas ici de se faire, envers et contre ces évidences d'aujourd'hui, l'avocat du diable – ou plutôt du Bon Dieu et de son serviteur,

le Vicaire du Christ. Le défi lancé par le *persiste et signe* affligeant énoncé par Benoît XVI est, pour, disons, une conscience critique de notre temps, un peu plus exigeant : il s'agirait bien, en effet, tout en demeurant pleinement sensible à l'inanité de la position papale (dont on n'a pas assez relevé qu'elle relevait, dans la relation à l'Afrique et aux Africains, d'une posture post-coloniale condescendante et paternaliste qui s'apparente à celle qui soutenait le « discours de Dakar » prononcé en 2007 par Sarkozy), de s'interroger sur la solidité des fondements de l'évidence discursive humanitaire/immunitaire qui en fonde le rejet consensuel.

La bonne et simple raison, en effet, pour laquelle la maxime première de l'humanitaire « Il faut sauver les corps » ne saurait fonder ni une morale, ni une politique saute aux yeux : elle n'est pas universalisable. Il y a en effet, en tous lieux et toutes circonstances, tant de « corps à sauver », tant de corps exposés à des périls multiples et variés, tant de corps souffrants, tant de corps abandonnés, tant de corps qui réclament aide et assistance qu'une morale et une politique humanitaires consistent toujours en premier lieu à opérer le tri parmi ce au secours de quoi il importe de voler ; elle commence toujours par hiérarchiser des priorités, mettre en place des dispositifs d'urgence *plutôt que d'autres*. En ce sens, toute morale et toute politique humanitaires comportent un impensé ou un angle mort : ceux dans lesquels s'opèrent les décisions en faveur de telle action plutôt que telle autre, de telle forme d'intervention plutôt que de telle autre, de telle « cause » plutôt que toutes les autres possibles.

Les parti-pris idéologiques du gouvernement de la survie

Loin qu'il soit un « contre-pouvoir », l'humanitaire est en ce sens un pouvoir et un *ergon*, un « faire », dont le propre est de ne jamais pouvoir expliciter ni ses prémisses ni ses fins ultimes – et ce que l'action humanitaire soit le fait des États ou d'organisations dites non gouvernementales (mais néanmoins totalement impliquées dans le « gouvernement de la vie » ou plus exactement, de la survie).

Qu'est-ce qui fait qu'en 2008, à l'approche des Jeux Olympiques de Pékin, le Tibet devienne une grande cause humanitariste/humanitaire plutôt que l'Irak en proie à une crise sanitaire et démographique désastreuse du fait de l'occupation états-unienne ? Qu'est-ce qui fait que le supposé génocide perpétré au Darfour mobilise BHL autant que la complicité des autorités françaises de l'époque avec les génocidaires rwandais le laisse de marbre ? C'est, précisément, ce dont aucune maxime, aucun principe humanitaire ne saurait rendre compte ; et pour cause : c'est ici que l'inavouable du parti pris idéologique et du sentiment de supériorité morale à l'occidentale se donnent libre cours.

Ce parcours à grandes enjambées achevé, il apparaît donc que l'opposition entre la position énoncée par le Pape à propos du Sida (du préservatif) et celle qui fait consensus en s'agrégeant autour du discours et des pratiques humanitaires n'est pas celle qui partage le faux du vrai, *sub specie eternitatis*, mais, plus sobrement, celle qui met en scène le contraste entre « mondes anciens » et présents, entre un régime de vérité « débranché » et une discursivité en passe d'achever sa conquête du monde – un régime de vérité « biopolitique ». Qu'une telle opposition se formule comme celle

de l'obscurantisme, du dogme, de la réaction aux Lumières, au sens commun, à la raison et à l'humanité est de bonne guerre et n'a rien que de très classique. Pour le reste, il nous reste à comprendre pourquoi, lors de l'affrontement auquel donna lieu l'intempestive déclaration du vieux théologien doctrinal, sommation nous fut adressée d'avoir à nous ranger sous la bannière de représentants aussi attrayants, politiquement, de la *Raison biopolitique* que MM. Juppé, Kouchner, Blair et quelques autres de même bord et même trempe... —



Musée des Beaux-Arts
de Valenciennes, 1993.

Sortir de l'hypocrisie

Aider les habitants à sortir de leur misère par la reconquête des droits sociaux : trop souvent, la finalité du projet associatif n'est plus en adéquation avec les valeurs initialement prescrites.

§Inégalités
§Collectif
§Pauvreté
§Subventions

Didier Ménard, médecin généraliste, président de l'association Santé-Bien-Être à Saint-Denis

De partout, le projet associatif est malmené. Il l'est d'autant plus qu'il a pour objet d'aider la population à construire ses propres alternatives face aux situations d'exclusions sociales et à l'oppression subie. Car là est bien la question. L'association faite-elle avec les habitants du quartier ou à la place des habitants du quartier ? Cette différence est essentielle. Pour mieux comprendre la situation des associations des quartiers d'exclusion sociale, notamment celles qui interviennent sur le champ de la santé, il est bon de connaître l'histoire récente.

Prestataires des politiques publiques

Tout le monde se plaît à dire que le travail des associations est admirable, nécessaire, voire indispensable, et chacun de ceux qui affirment cela s'emploie à transformer le travail des associations pour servir ses intérêts ou pour satisfaire la représentation qu'il se fait de ce que doit être le travail dans un quartier dit « en difficulté ». C'est ainsi que sous la conduite des gouvernements de droite, l'octroi des subventions est subordonné à la transformation du travail associatif afin que les associations deviennent des prestataires des politiques publiques. Tout le travail doit être orienté vers le suivi individuel des habitants afin qu'ils puissent intégrer les petites cases que le pôle emploi leur réserve. Tant pis si le travail associatif est tourné vers l'action collective pour retisser le lien social. De même pour les actions de Santé. Chaque institution renvoie sur l'autre : le médical, ce n'est pas le social et le social ce n'est pas le médical et aucune ne comprend bien ce qu'est l'action transversale qui définit l'action de santé. Résultat : pas de subventions si les projets sont présentés dans cette transversalité et il faut recloisonner les actions afin de les rendre compréhensibles aux yeux des institutions. Pendant que chacun essaie de convaincre l'autre de la pertinence de son action, la situation s'aggrave du fait de l'augmentation des inégalités et de la paupérisation des populations, notamment par l'augmentation du travail précaire. Plus cela se dégrade et plus les associations sont sollicitées par les pouvoirs publics pour réparer les dommages

provoqués par ces mêmes politiques. M. Besson rend plus difficile l'accès aux soins des sans-papiers, et la politique régionale de santé publique donne des subventions pour que les associations s'occupent de la santé des sans-papiers, et il en va de même pour les femmes battues, les enfants et la délinquance, les usagers de drogues, les personnes âgées aux retraites de misère... D'un côté, on change les lois pour restreindre l'accès aux droits et de l'autre, on sollicite les associations pour qu'elles fassent en sorte que cette oppression sociale ne se voie pas trop.

L'action humanitaire comme faire-valoir de légitimité

Ce contexte, qui est insupportable, a au moins le mérite de poser les questions éthiques jusqu'à ce jour esquivées. La finalité du projet de l'association est-elle de lancer des bouées de secours à ceux qui se noient dans la misère sociale ou les aider à sortir du bouillon de l'exclusion pour retrouver une place dans la société ? D'aucuns diront, surtout les politiciens, qu'il s'agit évidemment d'aider les personnes à sortir du bouillon en les responsabilisant parce que, bien sûr, s'ils sont dans cette situation, c'est qu'ils en sont responsables. Or, quand le parcours de vie n'est pas choisi mais subi, il suffit d'accumuler les traumatismes sociaux, économiques, affectifs, psychologiques pour se retrouver dans l'exclusion. Un licenciement, une séparation, une condamnation, une perte de ressource, l'absence de lien familiaux forts, et c'est le processus de l'exclusion qui s'engage. Le cabinet médical est le lieu où ces histoires se racontent, souvent dans la peur de parler de soi, dans la honte de se raconter, mais presque toujours dans la résignation et l'acceptation de sa condition, comme fatalité de ne pas être né du bon côté social ou de la culpabilité de ne pas avoir eu de chance. Dès lors, la nature du travail des associations dans le prolongement de l'action de soigner du cabinet médical est posée. Faut-il se contenter d'accompagner l'autre dans sa reconquête des droits sociaux, en le guidant dans le labyrinthe administratif ou faut-il que cet accompagnement débouche sur une remise en

« Un licenciement, une séparation, une condamnation, une perte de ressources, l'absence de liens familiaux forts, et c'est le processus de l'exclusion qui s'engage. »

cause du système qui opprime ? S'agit-il de demander à la place des autres un peu plus de justice sociale ou d'aider les habitants de ces quartiers à construire leurs propres alternatives, leurs propres analyses du pourquoi ils en sont là ? Ces questions sont esquivées dans les associations, car l'urgence sociale ne permet plus de poser la question du sens de l'action. Il y a toujours une situation d'urgence qui nous oblige à demander de l'aide aux institutions, et quand on est dans la position du demandeur, on ne peut pas être dans celui de la contestation du rôle de l'institution. La perte de subvention signifie trop souvent le risque de disparaître et, comme toutes les associations travaillant dans la proximité sont elles aussi dans la précarité, on courbe l'échine, on acquiesce au discours du préfet et on revendique son action humanitaire comme faire valoir de sa légitimité à agir pour l'autre. En même temps, on accepte les conditions de l'oppression.

Rompre avec la logique humanitaire

Le rôle des associations n'est pas de faire de la politique, disent la plupart d'entre elles. Certes, mais l'absence de réponse par désertion des forces politiques et syndicales de ces quartiers nous conduit à poser la question du sens et de la finalité de leur rôle. Se réfugier derrière l'action valorisante de l'humanitaire conduit à gérer la misère et non plus à la combattre, ce qui nous assure un fond de « commerce » inépuisable, mais contribue à nourrir l'exclusion.

Des associations perçoivent ce danger. Elles se réunissent ici et là en collectifs, pour tenter ensemble d'interpeller les pouvoirs publics (nos bailleurs de fonds) pour une meilleure perception de cette problématique du sens de l'action associative. Pour ma part, je pense que les institutions se moquent complètement de cette introspection éthique, au moins pour deux raisons. Elles ne veulent pas que nous

portions sur le champ du politique la question sociale qui révélerait au grand jour la vacuité de la politique de la ville et surtout modifierait la place des associations dans leur rôle de régulateur social. La grande crainte de l'État, c'est de voir s'exprimer la tension sociale par les violences urbaines. Tant que les associations pourront jouer un rôle d'apaisement, de relais pour la politique d'étouffement du mécontentement, cela sera une bonne chose. Donc, tout pousse aujourd'hui à cantonner l'action des associations dans l'approche humanitaire sans droit de dénonciation.

Comment sortir de cet enfermement politico-social ? Il n'y a pas énormément de solutions. La principale est de rompre avec la logique « humanitaire » primaire qui est de faire à la place des autres. Nous devons aider celui qui est dans l'exclusion à sortir de son fatalisme. L'action doit redevenir collective dans l'apprentissage à formuler, puis construire ses propres alternatives. Le travail de l'association est alors de fournir les compétences pour réaliser cette transformation de la vie subie à la vie choisie. Le partage des savoir-faire et du savoir-être, des connaissances de l'organisation sociale... contribue à la reconquête de l'autonomie pour les habitants de ces quartiers de zones urbaines sensibles. Cette autonomie apprise dans des nouvelles « écoles » du savoir populaire sera potentiellement dangereuse pour les associations, car la question éthique soulevée au sein du mouvement associatif deviendra celle des habitants. Mais c'est une chance pour les associations d'être confrontées à cette évolution, elles auront à choisir entre devenir des prestataires des politiques imposées par les pouvoirs publics, ou s'orienter vers l'éducation populaire pour atteindre leur but qui est de diminuer la souffrance, celle du corps individuel comme celle du corps social. Ce qui, tout compte fait, pose aussi la question : à quoi sert l'humanitaire ? ■

« Se réfugier derrière l'action valorisante de l'humanitaire conduit à gérer la misère et non plus à la combattre. »



Musée des Beaux-Arts
de Lille, 1995.

La santé ou les brevets ?

Le succès de la lutte juridique des organisations non gouvernementales contre les brevets des laboratoires pharmaceutiques permettra-t-il l'accès des pays les plus pauvres aux médicaments ? Ce n'est pas gagné.

Karim Laouabdia, ancien directeur de la campagne MSF d'accès aux médicaments essentiels

Le 19 avril 2001, trente-neuf compagnies pharmaceutiques retirent la plainte déposée en 1998, devant la Haute Cour de Pretoria, pour obtenir la révision de la loi sur le médicament qui autorisait le gouvernement sud-africain à recourir aux importations parallèles de médicaments et émettre des licences obligatoires. Ce « happy end » marque l'aboutissement d'un long processus juridique, et l'irruption sur la scène publique internationale du débat sur l'accès aux médicaments essentiels pour les patients des pays pauvres. C'est aussi la prise de conscience que le médicament n'est pas une marchandise comme une autre, dont la production et le prix peuvent être abandonnés à la seule loi du marché.

Pour Médecins sans Frontières (MSF), cette prise de conscience est née du travail des équipes médicales confrontées, sur le terrain, aux impasses thérapeutiques du fait de l'arrêt de la production d'un médicament vital ou du prix élevé des médicaments.

La route de Pretoria

L'industrie pharmaceutique, après de profondes mutations, avait fait le choix d'une logique financière privilégiant l'actionnariat, la distribution immédiate de dividendes et le retour sur investissement. Arc-boutée sur la défense des brevets, et des profits qu'ils génèrent, elle estime que la loi sud-africaine porte atteinte à la propriété intellectuelle. Le gouvernement américain et l'Union européenne prennent position en faveur des laboratoires pharmaceutiques et exercent des pressions sur le gouvernement sud-africain.

Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) sud-africaines réussissent à se porter partie civile dans le procès qui s'ouvre le 5 mars 2001. La campagne d'accès aux médicaments essentiels de MSF se joint à cette mobilisation et s'appuie sur le réseau international des associations MSF. Une pétition, via Internet et la presse écrite, demande le retrait de la plainte. Le mot d'ordre qui accompagne cette mobilisation est simple : « Le droit des brevets peut-il prévaloir sur la santé des populations et donc empêcher

l'accès à des traitements de qualité pour les patients des pays pauvres, donc non solvables ? »

À la réouverture du procès le 18 avril 2001, le front des laboratoires pharmaceutiques se fissure, la plainte est retirée le lendemain.

Le chemin de Doha

Pour les ONG internationales, l'heureux dénouement du procès de Pretoria ne signifie pas la fin, mais le début de la bataille pour l'accès aux médicaments essentiels. Il fallait transformer l'essai et inscrire cette victoire dans la durée, et donc dans les accords internationaux.

En novembre 2001, elles sont présentes à la conférence ministérielle de l'OMC, à Doha au Qatar, et jouent un rôle clé dans la « Déclaration de Doha sur les ADPIC ». Celle-ci reconnaît les effets de la protection intellectuelle sur les prix des médicaments, et donne le droit aux États membres de recourir aux dispositions de l'accord sur les ADPIC (Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle touchant au commerce) qui ménagent une flexibilité pour protéger la santé publique et promouvoir l'accès aux médicaments. Un accord temporaire, permettant aux pays sans industrie pharmaceutique d'émettre des licences obligatoires et d'importer les médicaments génériques produits, sera finalisé en août 2003 ; devenu définitif à la conférence ministérielle qui se tient à Hong Kong en 2006, il restera inutilisé, car les mécanismes à mettre en œuvre s'avèrent être trop complexes pour les pays concernés.

Pretoria et Doha : *Success stories* ou victoires à la Pyrrhus ?

La mobilisation, par le canal des ONG, des citoyens des pays pauvres comme des pays riches pour une cause touchant à la protection de la santé, a rendu possibles les succès de Pretoria et de Doha. Il appartient aux « décideurs » politiques des pays les plus riches et des pays émergents d'assumer leur responsabilité et de veiller à ce que les accords internationaux signés soient respectés. Nous touchons là les limites de l'action des ONG. ■

« Le médicament n'est pas une marchandise comme une autre, dont la production et le prix peuvent être abandonnés à la seule loi du marché. »

La mobilisation de Droit Au Logement

Entretien avec **Jean-Baptiste Eyraud**, porte parole du Collectif Droit Au Logement

Pratiques : En quoi le DAL peut-il constituer une forme de contre-pouvoir ? Et à quelles formes de pouvoirs doit-il s'affronter ?

Jean-Baptiste Eyraud : Pour mesurer les rapports de force vécus par l'association « Droit Au logement » avec les acteurs du logement, il est utile de revenir sur son origine. Le DAL est né en 1990 à la suite du campement de la Place de la Réunion dans le 20^e à Paris, par quarante-sept familles de squatters « par nécessité », expulsées sans logement. Il s'agissait là d'un premier conflit, déclenché par les institutions parisiennes, qui avait tourné à l'avantage des expulsés, puisque l'État avait dû les reloger. Ce campement avait entraîné un siège policier, des réactions très dures de la ville de Paris, et avait duré cinq mois, jusqu'au relogement de chacune des familles.

Une petite équipe venue d'horizons assez différents, parmi lesquels des militants du quartier qui avaient animé les luttes antérieures, s'est alors lancée dans la bataille pour le Droit au logement, lorsque les familles ont demandé de créer une association reconnue par les pouvoirs publics pour organiser et défendre les mal-logés.

S'en sont suivis des centaines de campements de rue, de réquisitions d'immeubles vacants ou d'occupations ponctuelles, et des dizaines de milliers de relogements de personnes confrontées à des discriminations multiples pour accéder à un logement décent et durable. Si la principale discrimination est d'ordre social, puisque c'est bien la question des revenus qui est à la source du mal-logement¹, les discriminations à caractère racistes sont encore flagrantes et puissantes, ainsi que les discriminations sur la composition de la famille², sur le handicap, ou sur la situation de l'emploi³.

L'action du DAL est construite sur l'interpellation des acteurs du logement que sont les gouvernements, les municipalités, les bailleurs sociaux ou privés, et qui pour des raisons diverses refusent en général de loger ou de permettre le logement des mal-logés et des exclus du logement.

Ces dernières années, les politiques publiques⁴, qui ont privilégié la flambée des loyers, de l'immobilier et du foncier, ont conduit à la détérioration des conditions de logement des ménages modestes, jeunes, migrants, smicards, salariés pauvres, conséquence de la marée néolibérale mondiale.

Dans un tel contexte, les luttes engagées ont plus de difficultés à aboutir, se heurtent à une répression⁵ accrue, voire à la remise en cause des engagements pris par les autorités⁶.

Néanmoins, les luttes ont permis le relogement de dizaines de milliers de familles, au fil des années, et la mise en œuvre d'avancées, qui pourraient ouvrir une brèche dans un avenir proche, si le reflux du libéralisme se confirme durablement. Ainsi la Ville de Paris, puis le gouvernement ont commencé à mettre en place des modes de logement alternatifs à l'hébergement hôtelier⁷. Ces programmes sont le résultat d'une campagne d'actions menée par les habitants d'hôtels qui dure depuis l'incendie de l'hôtel Opéra⁸. S'inspirant de la pratique anglaise, il est exigé que l'hébergement hôtelier de longue durée soit aboli, et que les sans logis soient installés dans des logements privés en attendant un logement social, avec une aide publique. Accompagné d'une véritable obligation d'accueillir les personnes sans logis, ce dispositif pourrait constituer un filet de sécurité du logement, en attendant d'édifier le nombre de logements sociaux nécessaires.

On notera aussi que la permanence des luttes du logement, et les différentes mobilisations associatives et politiques sur le sujet, ont contribué à créer l'obligation pour chaque commune de plus de 3 000 habitants de disposer de 20 % de logements sociaux, ont mis en place l'obligation de logement des habitants de taudis, ont permis de créer quelques recours à l'expulsion locative ou au moins de limiter les capacités des huissiers à le faire sans l'autorisation préfectorale, à préparer le terrain à plus de justice et moins de clientélisme dans l'attribution des logements sociaux...

Le DAL, tout en recherchant des résultats très concrets, au plus proche des difficultés des mal-logés et de leurs souffrances, peut dans certaines situations constituer un contre-pouvoir efficace, car d'une part il rend visible les victimes de la crise du logement et met sur la place public le scandale de la crise du logement, et il oblige les acteurs du logement à se positionner et prendre des mesures concrètes, ou à défaut à se contorsionner pour faire semblant d'en prendre, mais ce double jeu n'a qu'un temps...

www.droitaulogement.org

« Les politiques publiques ont conduit à la détérioration des conditions de logement des jeunes, migrants, smicards, salariés pauvres. »

.../...

.../...

**Qu'est-ce qui le distingue ou l'oppose à une position humanitaire ? Et qu'est-ce qui pourrait l'y appa-
renter ?**

Le DAL se qualifie souvent de « syndicat des mal-logés et des sans logis ».

Afin d'être plus efficace et donner des conseils adéquats, des dossiers individuels sont constitués. Des juristes ou des avocats donnent des conseils. Des interventions individuelles sont menées auprès des acteurs du logement. Ce mode d'intervention se rapproche de celui d'un service social, d'une association humanitaire, ou d'une association caritative.

La comparaison s'arrête là, car la clef de voûte de l'action du DAL est la mobilisation des mal-logés. L'association met en place pour eux des formations, des modes d'action, une expérience et une notoriété qui permettent à la fois de faire reloger des « indésirables », et de faire progresser les politiques du logement.

La participation de représentants des mal-logés aux instances de décision de l'association ou aux négociations, est obligatoire. Cette volonté de faire participer les mal-logés eux-mêmes à la résolution de leur difficulté de logement est un facteur déterminant. En effet, le DAL offre un cadre pour que les individus sortent d'un logique d'assistance, de dépendance et de soumission, et prennent leur vie en main, pour qu'ils se tiennent debout.

L'interpellation des institutions et des bailleurs est la suite logique pour trouver des réponses à des situations inextricables et bloquées, c'est-à-dire des actions collectives, sous toutes ses formes dès lors qu'elles restent non violentes, débouchant sur des négociations et des relogements.

Les mal-logés sont inscrits dans un cheminement de prise de conscience individuelle lorsqu'ils se rendent compte qu'ils ne sont plus seuls dans cette situation. Puis viendra la compréhension des causes qui les ont amenés dans cette situation, de la nécessité d'agir collectivement car « on est plus fort ensemble que seul »...

Certain(e)s pourront se révéler des porte-parole, c'est-à-dire qu'ils sont en mesure de s'exprimer dans les médias ou dans les Assemblées Générales, ou se révèlent de bons délégué(e)s, qui prennent à cœur les difficultés des autres et ont acquis suffisamment la confiance du groupe pour le représenter lors des négociations.

C'est donc tout un cheminement que poursuivra un mal-logé rencontrant le DAL jusqu'à son relogement. Dans le courant des années 80, j'aidais des familles sans logis en les installant dans des immeubles et logements vacants. Pour autant, cette action était sans continuité, sans objectifs à long terme. Je l'ai qualifié beaucoup plus tard d'action humanitaire radicale, dans le sens où il s'agissait de rendre un service immédiat, par rapport à une situation humaine d'urgence, quitte à employer une forme d'action radicale.

Pour autant, et bien que nos modes d'action soient

différents, nous avons trouvé jusqu'à 2007 des formes d'actions complémentaires avec les principales associations humanitaires et caritatives, qui ont contribué à engranger quelques succès pour les mal-logés. Depuis, et pour des raisons que nous n'avons pas élucidé, ces associations ont pris leur distances avec le mouvement social du logement.

Si elles ont sans doute trouvé mieux pour faire valoir leurs intérêts, il n'est pas certain que les mal-logés y trouvent leur compte, l'absence de mobilisation réelle contre la très régressive loi Boutin en est l'illustration.

Par contre, l'ampleur de la crise du logement interpelle de plus en plus d'acteurs du mouvement social. Des mobilisations nouvelles voient le jour, notamment sur le logement des jeunes, ou en zone rurale, et des convergences s'établissent qui auraient été improbables il y a peu. Une première campagne étatique, contre la loi Boutin, a été organisée l'automne et l'hiver dernier. Une nouvelle campagne est en préparation contre les expulsions de logement qui menacent d'être massives après le scrutin des européennes.

Dans ce contexte où les mobilisations à venir sont prometteuses et surtout nécessaires, la mise en place de campagnes commune avec toute les organisations revendiquant leur soutien aux mal-logés et aux sans abris aurait incontestablement beaucoup plus de chance d'aboutir. ■

-
- 1. Des facteurs d'ordre psychologiques ou psychiatriques peuvent aussi précipiter dans l'exclusion par le logement, mais ils sont associés en général à une insuffisance des revenus ou un environnement familial modeste.
- 2. Essentiellement les familles nombreuses et les familles monoparentales.
- 3. Les chômeurs et les bénéficiaires de minima sociaux sont souvent rejetés, tandis que des mesures institutionnelles de logement sont prises pour ceux qui réussissent à sortir de cette condition.
- 4. On ne rentrera pas dans ce sujet technique, mais pour mémoire, et surtout depuis 2002, les politiques de dérégulation des loyers, d'encouragement à l'investissement locatif privé, de marchandisation et de privatisation du logement social, et la loi Boutin qui ouvre encore de nombreuses brèches dans les statuts locatifs.
- 5. Voir la condamnation du DAL à une amende de 12 000 euros, la pénalisation de ses actions, la brutalité croissante des forces de l'ordre, l'impunité dont jouissent de plus en plus certains bailleurs comme on le voit actuellement au Château D'Alincourt... où le nouveau propriétaire milliardaire utilise menaces et violences pour chasser des locataires qui campaient sur le terrain.
- 6. 374 sans logis avaient obtenu un engagement écrit de logement du ministère du Logement en décembre 2007, après trois mois de campement sur le trottoir. Ils ont dû revenir à la charge l'hiver dernier, et sont restés près de quatre mois sur le trottoir pour faire respecter cet engagement.
- 7. La Ville de Paris a mis en place le « bail solidaire et garanti », et le ministère du Logement le « solibaïl ».
- 8. L'incendie de l'hôtel Opéra qui hébergeait en surpeuplement des familles avec enfants placés par les services sociaux de l'État et de la Ville avait fait vingt-deux morts.

La non-réponse humanitaire

L'histoire de la CMU révèle comment un dispositif législatif conçu au départ comme facteur d'égalité, grâce au travail d'une association humanitaire, s'est trouvé réduit à une mesure d'assistance.

§Humanitaire
§Politique
§CMU
§Accès aux soins

■ **Emeric Languérand**, psychologue, ancien membre de Médecins Sans Frontières

Le 27 juillet 1999, une loi a attaché un droit fondamental à celui de la résidence en France : celui d'être assuré « d'une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie ». Depuis cette loi, toute personne résidant légalement en France ne peut plus être « non assuré social ». La promulgation de cette loi est le fruit d'un travail auquel a participé activement, et sous différentes formes, Médecins Sans Frontières, allant jusqu'à en rédiger et en amender certains articles, à en corriger les textes d'application.

Une révolution législative passée inaperçue

Cet événement soulève plusieurs questions. La première est la quasi-invisibilité de cette (r)évolution législative qui est passée inaperçue par défaut de communication et d'information des instances gouvernementales qui ont focalisé leur attention sur l'aspect social de la loi au détriment de sa dimension sociétale. Avant ce texte, une personne avait à apporter la preuve de son rattachement effectif à un régime de Sécurité sociale pour obtenir des droits ouverts, sésame nécessaire pour accéder à la prise en charge de ses soins. Tout changement de situation remettait en cause l'ouverture de ses droits dans l'attente d'une nouvelle justification de rattachement à un régime. Tout Français est concerné à un moment de sa vie par un changement de régime de Sécurité sociale (passage du régime étudiant au régime salarié, divorce, passage du régime salarié à un régime spécial, etc.). Tout Français voyait donc auparavant son accès aux soins précarisé lors de ses changements de situation personnelle, professionnelle ou familiale avec le risque de voir ses possibilités de se soigner restreintes pour une période plus ou moins longue selon les cas. La loi sur la couverture maladie universelle (CMU), car c'est de cette loi dont il s'agit, a fait disparaître cette précarité... en catimini. Cette avancée majeure du droit n'a pas été portée par les politiques qui en sont responsables, n'a pas été présentée comme un objet de

légitime fierté, n'a pas été mentionnée dans le moindre bilan, alors que ce texte a bouleversé l'accès aux soins de plus de 60 millions de personnes.

Droit fondamental versus assistance

Dans les discours, les articles de presse et les esprits, la CMU est assimilée, à tort, à une prestation sociale supplémentaire qui vient allonger la liste des sigles consacrés de l'Aide sociale : RMI, APL, etc. La notion de droit fondamental aux soins a été escamotée au profit d'une notion d'assistance aux plus démunis, rassemblant les bénéficiaires en une nouvelle catégorie, les « CMUistes », objets d'étude sur leur comportement de santé... et de discrimination. Une loi dont l'esprit était de supprimer les exclus des soins a fabriqué des inclus particuliers, des inclus dont il s'agit régulièrement de s'interroger sur la légitimité de leur inclusion, des inclus dont on souligne par leur catégorisation la fragilité de leur inclusion qui repose finalement sur la générosité du législateur. En communiquant exclusivement sur le second volet de la loi, celui consacré au droit des « personnes dont les revenus sont les plus faibles [à disposer] d'une protection complémentaire et de la dispense d'avance de frais », c'est-à-dire le droit à une prestation et non un droit aux soins, le politique a participé à renforcer l'édification de cette figure de « l'assisté des soins ». Sans connaître explicitement les intentions des politiques chargés de ces questions à l'époque, il est difficile de ne pas se référer à la manière dont Freud a défini dans *Malaise dans la culture* le lien unissant le citoyen à la société, et le rôle que cette dernière se promet d'exercer en échange de la privation d'une part de la liberté de l'individu : celui de le protéger contre les risques de la nature. En faisant de la CMU une loi de protection des plus démunis, un

« Cette avancée majeure du droit n'a pas été présentée comme un objet de légitime fierté. »

.../...

.../...

nouvel acte de générosité en direction des « plus faibles », le politique voyait ainsi son impermanente légitimité réanimée par la dimension caritative de son geste, un moyen *in fine* de conforter son pouvoir.

Une organisation humanitaire dans un travail de lobbying

La seconde question que soulève cette loi est le rôle joué par une organisation humanitaire comme Médecins Sans Frontières. Par définition, une organisation non gouvernementale est une instance dont la légitimité de l'intervention repose sur sa prétention à s'auto-saisir d'une question, à s'auto-mandater pour y apporter une réponse. Une prétention que certains ont amenée jusqu'au « devoir d'ingérence ». Dans le cas posé par la CMU, MSF est intervenue au départ comme témoin de l'exclusion des soins d'une partie de la population au travers du public consultant ses dispensaires. Le témoignage qu'elle a apporté avait pour objectif de sensibiliser le politique à la nécessité d'intervenir pour faire évoluer la situation. Ceci n'a pas été sans difficulté, car la tentation de la logique de l'assistance venait brouiller le dialogue. D'un côté, l'humanitaire cherchait à mettre en évidence les moyens d'éviter que de telles exclusions se produisent, de l'autre, le politique cherchait à identifier les moyens de venir en aide aux plus démunis. MSF a ainsi peu à peu suggéré aux politiques les directions, les orientations du cadre législatif qui permettraient de sortir de cette exclusion, c'est-à-dire de mettre un terme aux mécanismes législatifs produisant des exclus des soins. Des ministres, des conseillers, des parlementaires ont demandé des notes, puis des propositions, et, de fil en aiguille, MSF a écrit des amendements au projet de loi qui ont été présentés par quelques députés et adoptés avec un soutien, obtenu à l'arraché, du gouvernement. Il faudrait sans doute revenir sur les conditions qui ont permis d'obtenir ce vote, car il est révélateur du rôle que peut exercer un travail de lobbying sur les textes législatifs et réglementaires. Nous nous attachons seulement à souligner la grande solitude dans laquelle MSF était pour aborder ces questions de droit. Ce champ était déserté par la plupart des institutions politiques et des médias. Ceci a incité MSF à avancer non seulement sur le terrain législatif, mais aussi à investir le champ médiatique en créant un journal, *Droits Ouverts*, espace de réflexion juridique. Cette carence de débat législatif a conduit MSF à une auto-légitimation progressive de son action dans des champs et des

espaces laissés en friche et qui lui semblaient nécessaires d'investir pour porter le témoignage de la situation des personnes exclues des soins.

La nécessité d'une reprise par le politique

Le piège de toute aide est de maintenir dans la dépendance celui qui la reçoit, et ainsi d'être une réaffirmation continue du geste de générosité de celui qui la fournit. C'est sans doute pourquoi le politique préfère mettre en avant la création d'une nouvelle aide plutôt que l'évolution des contours de la citoyenneté par ajout de nouveaux droits fondamentaux. C'est pourquoi MSF avait finalement le champ libre pour avancer en direction du droit, personne ne souhaitant s'intéresser à cette question. MSF s'est ainsi transformé en législateur sans avoir été élu de quelque manière que ce soit pour exercer ce rôle.

Plusieurs lectures peuvent être faites de ce positionnement de MSF. La fonction de l'humanitaire né du « sans frontiérisme » est d'aller là où les autres ne vont pas, de venir en aide aux populations délaissées pour mettre en lumière les mécanismes qui exposent les populations à la souffrance, à la violence. En s'intéressant aux aspects juridiques de l'exclusion des soins, en mettant le projecteur sur cette machine à produire de l'exclu des soins qu'était le code de Sécurité sociale avant la CMU, MSF a parfaitement assuré ce rôle. Mais, nous pouvons également mesurer le danger d'omnipotence de cette prétention humanitaire, quand une ONG peut se retrouver dans la situation d'écrire la loi. Un danger qui ne peut être encadré que par une reprise par le politique des problématiques soulevées par l'humanitaire. Et la responsabilité de cette reprise incombe à l'action humanitaire, elle-même, qui doit avancer en permanence dans une tension entre une mise sous les projecteurs par son action des terrains sur lesquels doit s'impliquer le politique sans pour autant favoriser et permettre un désengagement de celui-ci. Le fil d'un tel équilibre est ténu. Dans le cas de la CMU, le député qui dépose un amendement rédigé par MSF est-il dans la reprise en main du sujet ou dans un agir par délégation ?

Seules les organisations humanitaires peuvent être les garantes de la vivacité d'un tel questionnement en faisant en sorte que leur réponse aux « besoins humanitaires », à « l'urgence humanitaire » souligne l'impossibilité d'une réponse humanitaire à la question posée par le contexte d'intervention. Cette non-réponse par l'action est sans doute un des fondements de l'éthique humanitaire. ■

« Ceci a incité MSF à avancer non seulement sur le terrain législatif, mais aussi à investir le champ médiatique. »

L'AME, un droit ou un piège ?

Pour les personnes sans papiers, l'aide médicale était relativement accessible au départ, mais n'a cessé de se restreindre. De plus en plus de patients restent sans droits.

§Accès aux soins
§Exclusion
§Sécurité sociale

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste, membre du réseau ARêS92 (sida-toxicomanie-précarité)

Dans le cadre de la CMU¹, l'AME² devait permettre aux personnes sans papiers de se faire soigner. Depuis, les applications de cette prestation ne cessent d'être limitées. En 1999, cette aide (qui ne concernait que les soins à l'hôpital) était obtenue dès la demande et sur simple déclaration d'identité, mais cela n'a pas duré longtemps. Alors qu'elle était étendue aux consultations de ville, son obtention est devenue de plus en plus difficile : justifier de ressources suffisantes pour vivre, mais pas assez pour payer, fournir des papiers d'identité et des preuves de sa présence « ininterrompue » depuis trois mois en France, avoir une adresse... et recommencer chaque année, deux mois avant l'expiration de ce droit. Avec le risque de se voir refuser par des professionnels disant qu'ils ne seront pas payés.

Il y a eu de nombreuses modifications de l'application de l'AME, dont un décret en 2003³ qui prévoyait le paiement d'un ticket modérateur (mesure jamais appliquée) et des listes de justificatifs à fournir différents selon les caisses de Sécurité sociale.

Aujourd'hui, la situation est contradictoire : sans

AME, les personnes en situation irrégulière (qui souvent ont perdu une carte de séjour qu'ils avaient, avec parfois un travail déclaré) ne pourraient pas se soigner, mais c'est un « sous-droit » à une couverture sociale, sans carte vitale, avec des dates de péremption très courtes et beaucoup de ceux qui y auraient droit n'arrivent pas à l'obtenir. De nombreux réfugiés n'ont pas de papiers, et ne peuvent se rendre à l'ambassade de leur pays sans être inquiétés, les associations caritatives ont perdu leur statut de domiciliation, être hébergé chez quelqu'un équivaut à le mettre en danger et lui faire payer vos soins s'il a des ressources...

Des personnes hésitent à demander l'AME de crainte de se faire dénoncer par la Sécurité sociale (c'est arrivé) ou d'être retrouvés par leur immatriculation. Sans compter la difficulté et la durée des démarches. Ils renoncent aux soins, utilisent les consultations gratuites de Médecins du Monde ou vont aux urgences de l'hôpital, dont les factures les suivront s'ils ont un jour des papiers. Les médecins qui suivent des patients bénéficiaires de l'AME doivent trier les correspondants auxquels ils les

ARêS92 sur
le portail Aliser 92
www.aliser92.com

.../...

Amir,

25 ans, Érythréen, n'a ni domicile fixe ni revenu, il a des infections génitales à répétition et des problèmes de peau, il ne veut pas demander l'AME car il a peur de se faire expulser. L'accueillant de la maison de la solidarité qu'il fréquente est inquiet, il pense qu'il se prostitue.

Bachir,

Algérien, 68 ans, n'a plus de papiers depuis dix ans quand il a perdu son travail et son logement. Il n'a plus de famille au pays. Il tousse, mais n'a pas de couverture sociale, car il ne veut pas porter tort à celui qui le loge et a une petite retraite, à qui on pourrait demander de payer.

Malika,

57 ans, est venue du Maroc rejoindre son mari qui avait été harki, elle n'a jamais réussi à obtenir sa pension quand il est mort, elle vit chez des gens ou dans la rue, n'a aucun justificatif pour demander l'aide médicale...

Sara,

venue du Mali, a été mariée de force. Elle s'est enfuie, a été recueillie par une amie, mais ne veut pas demander l'AME de peur d'avoir une immatriculation et que sa famille la retrouve...

.../... adressent et guetter les dates de péremption pour alerter les patients à temps, et ils risquent de les voir disparaître si ces papiers ne sont plus à jour, en se demandant s'ils ont été expulsés...
L'AME était un moindre mal, faisant espérer une CMU obtenue sous simple condition de résidence en France (sans prise en compte des ressources de l'hébergeant, ou en domiciliation auprès d'une association). Elle n'a cessé d'être restreinte et complexifiée, refusée par les soignants, et met parfois même ses bénéficiaires en danger... ■

-
- 1. CMU : Couverture Médicale Universelle, définie par la loi du 27 juillet 1999.
- 2. AME : Aide Médicale d'État, qui remplace depuis la loi de 1999 l'aide médicale incluse auparavant dans les textes de l'aide sociale, qui dépendait des départements.
- 3. Voir l'article « Soins aux étrangers, l'aide médicale d'État et ses exclus » dans la revue *Prescrire*, tome 24, n° 251, p. 464-468.



Musée des Beaux-Arts de Valenciennes, 1995.

Exercice médical et contre-pouvoir

Entretien avec **Noëlle Lasne**, médecin du travail, ex responsable des programmes en France de Médecins Sans Frontières

Pratiques : Après avoir exercé la médecine et été responsable au sein d'une ONG, en France et à l'étranger, quels seraient les usages du mot « humanitaire » qui coïncident avec la perspective que tu as voulu donner à ton travail ? Quels sont ceux qui s'en éloignent ou s'y opposent ?

Noëlle Lasne : J'ai eu la chance de travailler au sein d'une association qui assumait de faire en permanence le grand écart entre un humanitaire très caritatif, où on se soucie exclusivement du secours aux populations, et un humanitaire où l'on s'efforce d'analyser son rôle devant les parties en présence et de replacer, en permanence, dans le champ politique ce qui est, transitoirement, dans le champ humanitaire. Autrement dit un humanitaire qui ne se donne pas seulement les moyens d'une action efficace, mais aussi les moyens d'une réflexion critique à des fins de témoignage, et qui vise donc à être acteur d'un changement, chaque fois qu'il le peut.

En travaillant dans un pays riche, démocratique et médicalisé, il me paraissait nécessaire, plus qu'ailleurs, d'interroger et d'argumenter la présence d'une organisation médicale qui a ouvert et fait fonctionner pendant des années des centres médico-sociaux réservés aux plus pauvres. Il fallait que les soins délivrés dans ces centres bénéficient aux personnes malades en situation précaire, mais il fallait aussi que nous poursuivions l'objectif, en analysant leurs trajectoires et les obstacles qu'ils rencontraient, de les réintégrer dans le système de soins de droit commun. Pour moi, cela allait de soi. Il n'y a aucune plus-value à soigner des gens dans la misère à l'écart du système de soins de droit commun. Je ne suis pas pauvre.

La vraie responsabilité, c'est de se battre pour chacun d'entre eux, et si on le peut, de façon plus collective, pour obtenir des changements dans leur prise en charge. Ce travail était possible au sein de Médecins Sans Frontières, sinon je n'y serais pas restée.

« Affirmer que l'on fermera un jour les centres lorsque le système de soins prendra le relais, c'est une chose, le faire réellement en est une autre. »

Quels types d'oppositions as-tu eu à affronter dans les milieux humanitaires, politiques ou médicaux ? Quelles formes de solidarité y as-tu au contraire rencontré ?

Ce qui est difficile, ce n'est pas d'installer dans une grande ville française un centre de soins médicaux gratuits réservé aux plus pauvres. Personne ne s'étonne. Tout le monde vous bénit. Et en premier lieu, le système de soins, qui y voit une solution alternative. La presse vous fait une haie d'honneur. Si les gens font la queue dans la rue devant le dispensaire, c'est encore mieux. On vous demande tous les jours si on peut venir les photographier. On vous interroge : qui sont-ils, que sentent ils, ont-ils le même seuil de douleur que le reste des êtres humains ?

L'humanitaire fait des malades en situation de pauvreté une nouvelle catégorie sociale et surtout, ce qui est beaucoup plus grave, une nouvelle catégorie de patients.

Tout le monde oublie qu'être pauvre, c'est simplement avoir de faibles ressources.

Il a fallu beaucoup de temps pour prouver que ces patients avaient tous, pour la plupart, déjà consulté, mais qu'on les avait jetés à la porte du système de soins ou, dans le meilleur des cas, adressés aux structures humanitaires. L'exclusion des soins, c'est un acte et non un état. Un acte qu'il faut dénoncer. Affirmer que l'on fermera un jour les centres médicaux que l'on a ouverts lorsque le système de soins peut prendre le relais parce qu'il met en place des dispositifs similaires, c'est une chose. Le faire réellement en est une autre. Lorsque, dix ou quinze ans plus tard, on ferme un dispensaire, cela se passe toujours très mal. Le maire est furieux qu'MSF quitte sa ville, alors qu'il devrait avoir honte de cette présence. La presse n'est pas intéressée par les progrès obtenus dans la prise en charge des patients. C'est très impressionnant. Les autres associations mettent en doute l'analyse que l'on présente et même la possibilité pour leurs patients d'être accueillis ailleurs. D'un seul coup, on est confronté à l'autre extrémité de l'humanitaire : celui qui n'a à justifier de rien puisqu'il est indispensable pour toujours, car la misère existera toujours. Un humanitaire où la solidarité est une valeur en soi, sans que l'on ait à se demander de quoi, ni de qui nous sommes solidaires.

§ Accès aux soins

§ Pauvreté

§ CMU

§ Contre-pouvoir

.../...

.../...

As-tu eu à constater des transformations, dans la société en général ou dans ton milieu de travail, qui obligent à élaborer de nouvelles stratégies de solidarité ?

Je ne cherche pas à être solidaire, ce n'est pas mon métier. La médecine n'est pas un exercice compassionnel. Elle consiste le plus souvent à voir ce que l'on n'est pas venu vous montrer et même à rechercher ce que l'on ne vous montre pas. Je suis occupée à prendre soin des personnes que je reçois, de la façon la plus pertinente possible.

De plus, je suis médecin du travail. Je ne suis pas un médecin que l'on a choisi de voir. Les gens que je reçois n'ont pas d'alternative. De ce point de vue-là, c'est comme dans les centres médicaux de MSF. J'essaie de faire parler les gens de leur travail dans le plus petit détail, de repérer de façon très précise les risques professionnels qu'ils courent, de les informer de leurs droits. Je reçois tous les jours des femmes de ménage pratiquement invalides des membres supérieurs, qui comptent sur leurs doigts en pleurant combien de temps il leur reste avant leur retraite. J'annonce à des plombiers ou à des mécaniciens que leur scanner pulmonaire a montré des lésions liés à une exposition à l'amiante. J'écoute des femmes qui font, en Île de France, trois à quatre heures de transport par jour pour venir travailler et qui s'effondrent subitement vers 50 ans.

« En passant au RSA, beaucoup de gens vont perdre le bénéfice de la CMU alors qu'ils seront toujours en situation de pauvreté. »

Chaque fois que je veux orienter quelqu'un pour des soins, le problème financier se pose. Les gens dont je m'occupe ne peuvent pas payer le kinésithérapeute, pas plus que les semelles orthopédiques. Ils ne peuvent pas aller voir un rhumatologue en secteur 2¹. Ils repoussent l'IRM qui permettrait de prendre une décision chirurgicale. Ils continuent à travailler par peur de passer à mi-salaire. Je pense qu'avec le passage du RMI au RSA, on va observer beaucoup de phénomènes de ce genre au sein du monde du travail. En passant au RSA, beaucoup de gens vont perdre le bénéfice de la CMU, alors qu'ils seront toujours en situation de grande pauvreté. Je vois les gens au travail que je reçois se dégrader sous mes yeux. Et pourtant, je ne suis pas en marge, en train de travailler auprès d'une population exclue du système. Je suis au cœur du système.

L'humanitaire peut-il actuellement répondre à une exigence de solidarité ? Quelles seraient d'autres formes de contre-pouvoir qui permettraient d'y répondre ?

L'humanitaire peut certainement, aujourd'hui comme hier, répondre à des exigences de solidarité. Mais les dispositifs de solidarité ne sont pas nécessairement des contre-pouvoirs. Ils peuvent parfaitement accompagner le pouvoir dans toutes ses expressions, y compris les pires. Ils peuvent fonctionner en parallèle.

Dans le contexte politique où nous nous trouvons, être malade au travail est une faute ou une situation suspecte. Des gens atteints de cancer se servent de leurs vacances pour se reposer entre deux chimiothérapies, plutôt que demander un arrêt de travail. N'importe quel accident de santé devient une catastrophe si l'on est en contrat précaire. Plus personne ne sachant ce que permet vraiment le code du travail, il n'y a aucune référence, donc tout devient possible.

Si je créais une activité associative aujourd'hui, je pense que je créerais un point d'accès aux droits « tout terrain. » Un endroit où l'on peut s'informer et être aidé dans ses démarches, ou lorsqu'on a des problèmes de santé au travail. Actuellement, seuls les syndicats donnent ces informations. Et j'essaierais, à partir de ce service, de produire une expertise. Je pense que les vrais contre-pouvoirs aujourd'hui sont ceux qui parviennent à produire des expertises et à contrecarrer le discours dominant, par exemple le discours sur les fraudes, qui est à la base d'à peu près toute la politique sociale du gouvernement.

C'est comme en temps de guerre : continuer à exercer son métier, faire juste pour les gens ce que l'on doit faire nécessite un combat et est déjà l'expression d'un contre-pouvoir. Comme si cette fonction de soin n'avait plus lieu d'être dans cette société, qu'il s'agissait, en quelque sorte, d'une activité compassionnelle hors de propos. Bienheureux les gens qui sont au travail dans une société de chômage. Mort aux faibles. Pour contrecarrer un point de vue d'une telle violence, il faut faire de l'exercice même de nos métiers des contre-pouvoirs politiques. ■

■
1. Secteur à dépassement d'honoraires non remboursés, contrairement au secteur 1 où les honoraires sont fixés par la convention qui régit les deux secteurs.

L'avenir d'une illusion

L'humanitaire a constamment eu une fonction politique de pacification. Mais celle-ci se tourne en euphémisation de la violence, obligeant à interroger ses positions face aux inégalités sociales et face aux migrations.

■ **Christiane Vollaire**, philosophe

Le premier effet suscité par l'idée humanitaire est un effet de sidération : il n'y a rien à objecter à quiconque se réclame de l'intention de faire le bien. Et c'est cet effet de sidération qui tétanise généralement les tentatives de critique et engourdit les velléités d'objection.

De ce point de vue, la représentation humanitaire paraît fonctionner sur les mêmes principes que Freud attribuait à la représentation religieuse en écrivant *L'Avenir d'une illusion*.

Quelle fonction magique la bienfaisance remplit-elle donc au sein d'un ordre social ? Quel sentiment de protection donne-t-elle à celui qui la pratique ? Quel espace de sécurité permet-elle de garantir ?

C'est en ces termes que Lamartine posait déjà la question au XX^e siècle, en forgeant le terme d'« humanitaire ».

Un concept politique

Le concept d'humanitaire naît ainsi en France en 1835, sous la plume de Lamartine député, au moment de la Monarchie de juillet qui a fait suite en France à la Révolution de 1830. Il s'agit de pacifier les rapports de classe, en empêchant que la misère ne devienne source d'émeute et de rébellion.

Le contexte en est donc pleinement politique : une bourgeoisie modérée tente, en période de concentration économique et de montée du chômage, de faire adopter par l'État des mesures qui permettent d'endiguer l'aggravation de la pauvreté et l'explosion de la révolte. C'est la bourgeoisie violente qui l'emportera, en réprimant dans le sang les émeutes de 1848.

Mais cette même année 1835, Lamartine, de retour de la Palestine et du Liban, écrit *Le Voyage en Orient*. L'influence du cosmopolitisme romantique rejoint ainsi une pensée politique de la paix sociale pour tenter de faire valoir un sens commun de l'idée d'humanité.

L'idée d'un apolitisme de l'humanitaire, si couramment développée, n'a donc rigoureusement aucun fondement. Elle a cependant bien une fonction : celle de masquer son rapport effectif et

constant au politique. Mais que faut-il entendre au juste par « politique » ? Là encore, le XIX^e siècle produit un effet spécifique de cristallisation. La Révolution française a ouvert l'espace public à la délibération dans le temps même où elle a promu la violence. Elle a affirmé l'idée d'un universel en appelant à la défense de la Patrie, et fondé le concept de Droits de l'Homme en instaurant la « Terreur ».

De ces contradictions originelles est tributaire toute l'histoire politique du XIX^e siècle. Et à ces contradictions s'ajoutent les masquages successifs qu'ont été les différentes formes d'empires et de restaurations, avant qu'un retour à la « République » ne se fasse par le massacre de la Commune.

Une duplicité de sens

Il y a donc bien deux sens du mot « politique » : celui qui définit une responsabilité collective du devenir social dans le respect de la pluralité, et celui qui définit des formes de domination. Mais les deux, dans le devenir des sociétés « démocratiques », ne cessent de se conjuguer.

Actuellement, le sens le plus usuel du mot « politique » est une variante de celui de la domination : c'est le sens des manipulations de pouvoir liées à un système de représentation biaisé. Et à cet égard, il s'agit bien d'un rapport de classe, dans lequel une caste de représentants confisque à son profit la décision publique. D'où l'appellation d'« hommes politiques » pour désigner ceux qui font profession de représentants ou de dirigeants. Quand donc les domaines de l'action humanitaire se définissent comme « apolitiques », ils déterminent un espace qui prétend échapper à ces rapports de pouvoir, et aux positions partisans qu'ils impliquent dans leurs relations polémiques. Mais en réalité, c'est le premier sens du politique, celui de la responsabilité collective, qui est menacé par les usages les plus courants du concept d'humanitaire. Car ce qu'il fait disparaître, c'est l'idée même de pluralité. Le terrifiant consensus

« Le terrifiant consensus de la bienfaisance élimine tout espace de débat. »

§Violence
§Politique
§Humanitaire
§Discrimination.

.../...

.../... de la bienfaisance élimine tout espace de débat, à la manière même dont la tête de Méduse sidérait ses victimes.

À l'intérieur même des associations, l'autorité du vécu de terrain fait bien souvent office de position réflexive. Et sur le terrain, l'autorité de l'expatrié fait souvent taire les revendications des « locaux », dans le temps même où l'autorité des agences internationales, soumise à celle de leurs puissants mandataires, impose un ordre des camps calqué sur les formes internationales de la gouvernabilité.

Cet ordre est violent, et les membres des ONG n'échappent à sa violence que dans la mesure où, à un niveau ou à un autre, ils en sont les représentants. Car le rôle de pacification de l'affichage humanitaire joue à un tout autre niveau que celui du sauvetage des vies. Il joue, symboliquement, comme représentation pacifique, et donc irrécusable, des effets de la violence. Si les intervenants humanitaires sont identifiés à leurs pays d'origine, ce n'est nullement par une sorte de confusion abusive, mais par l'évidence d'une réalité, qui est que leur présence sur le terrain est bel et bien la présence d'un pouvoir de décision étranger, détenteur d'une puissance économique, et donc, à un niveau ou à un autre, aliénant.

« L'espace de pacification sociale devait devenir un espace de droit. »

La naturalisation du partage

L'idée même de l'humanitaire nous accoutume ainsi à cette idée de la naturalité du partage entre possédants et dépossédés, qui fait modèle non seulement au niveau international entre Nord et Sud, mais au niveau national entre inclus et exclus. Ou entre ceux qui parlent et ceux pour qui l'on parle. Si la position des *French Doctors* des années soixante-dix se présentait comme une position de redresseurs de torts, le tournant du milieu des années quatre-vingt a imposé de réviser cette position, pour les associations humanitaires comme pour les organisations de défense des Droits de l'Homme. L'humanitaire est alors devenu conscient d'être partie prenante dans un jeu politique dont il devenait l'instrument. Mais cette conscience n'a pas modifié la donne humanitaire ; elle a seulement créé des clivages au sein du mouvement. Il est devenu clair, pour un certain nombre de ses acteurs, que la fonction même de

l'humanitaire devait changer, et que l'espace de pacification sociale devait devenir un espace de droit : non pas une manière de tenir à distance les pauvres, mais une volonté de revendiquer l'égalité. Une telle position était celle de la mission France de MSF dans les années quatre-vingt-dix, qui a permis la création de la Couverture Maladie Universelle. Non seulement, en dépit de son succès, elle n'a pas fait modèle, mais elle a été marginalisée au point qu'on ne pourrait plus en imaginer l'équivalent actuel.

Loin que l'humanitaire permette désormais de produire du droit, ce sont au contraire les exigences légitimes du droit qui se sont perverties en concessions humanitaires, et cette humanitarisation du droit est l'une des constantes des politiques contemporaines, dans le domaine de la santé comme dans celui de l'éducation ou de la justice.

L'humanitaire contemporain est né de cette période des Trente Glorieuses, qui commence à la fin de la deuxième guerre mondiale, et s'achève au milieu des années soixante-dix, avec la crise du pétrole. Mais, trois ans après la fin de la deuxième guerre mondiale, c'est sur le territoire palestinien que la préfiguration en est donnée : l'institution de l'État d'Israël en 1948 renvoie du côté de l'assistance humanitaire mondialisée ceux que le même pouvoir mondial a chassés de leur propre territoire. L'humanitaire se donne ainsi de la façon la plus claire comme le processus même de l'euphémisation d'une violence politique : ce qui supprime le droit à l'appartenance territoriale, pour le réduire en mesure d'assistance. On fabrique une entité humanitaire qui est celle des réfugiés à vie, et désormais des réfugiés par transmission générationnelle.

Il nous semble donc que ce n'est plus du tout en termes de « crise » qu'on peut qualifier ce qui motive l'intervention humanitaire, mais bien plutôt en termes d'euphémisation constante et continue de la violence politique. Et c'est cette euphémisation constante qui produit la duplicité des discours. La problématique massive des migrations, à l'intérieur comme à l'extérieur, y est chaque jour affrontée. Et la logique humanitaire du camp, loin d'y offrir une solution, en est au contraire l'une des données les plus pernicieuses. ■



magazine

Le Formindep et Que choisir

Martine Devries, médecin généraliste

\$Médicament, \$Formation, \$Firmes pharmaceutiques

L'article 26 de la loi du 4 mars 2002¹ impose à tous les professionnels de santé de déclarer leurs conflits d'intérêts lorsqu'ils s'expriment en public sur un médicament ou un produit de santé. En avril 2008, le Formindep² a observé l'expression³ de cent cinquante professionnels de santé ; aucun n'avait déclaré de conflit d'intérêt. En recoupant différentes sources sur Internet, il s'avère que au moins cinquante-six d'entre eux avaient des liens d'intérêt flagrants, et donc contrevenaient à la loi : ils auraient du être poursuivis par les ordres professionnels. En interrogeant ces ordres sur l'existence de liens d'intérêt, le Formindep a reçu des réponses très diverses, assez incohérentes, allant de la réponse sérieuse, plus ou moins rapide, au refus de répondre, et même aux menaces. Cela en dit long sur l'insuffisance des ordres sur ce sujet capital : l'indépendance. De

son côté, l'UFC-Que Choisir avait enquêté depuis longtemps sur les prescriptions « irrationnelles » des professionnels de santé. Travaillant de concert avec le Formindep, elle a décidé de porter plainte contre neuf des cinquante-six « contrevenants », dans l'espoir de voir la loi enfin respectée, et ainsi améliorer l'indépendance des professionnels et la qualité des soins, sans parler de leur coût. ■

-
- 1. Dont les décrets d'application ne sont parus qu'en 2007. Voir Martine Devries « Une décision hâtive : 5 ans ! » *Pratiques* n° 37-38, p. 116.
- 2. Pour une formation médicale indépendante au service des seuls patients et des professionnels de santé www.formindep.org
- 3. Dans toutes ses formes : publications, congrès, Internet, émission radio ou TV.

Effet ZUS

\$Exclusion sociale, \$Inégalités, inégalités sociales, \$Logement, Banlieue, Politique urbaine

Les inégalités sociales de santé sont bien documentées en terme de différence d'espérance de vie, de durée de vie sans incapacité, ou de perception de l'état de santé¹.

Après avoir mis en évidence un état de santé plus dégradé chez les habitants des Zones Urbaines Sensibles (ZUS)², des chercheurs de l'IRDES ont étudié l'impact des caractéristiques des quartiers d'habitation sur l'état de santé des personnes qui y vivent³. À données individuelles équivalentes (âge, sexe, catégories socioprofessionnelles), les résidents des ZUS se considèrent en plus mauvaise état de santé que les autres.

Ils ont également étudié, toujours à caractéristiques individuelles équivalentes, l'état de santé déclaré, en fonction de trois grands « indicateurs synthétiques de contexte » : la situation économique et sociale du quartier, la mobilité résidentielle et l'effet générationnel (âge des habitants, caractère récent ou ancien du quartier). Vivre dans un quartier où se cumulent les difficultés économiques et sociales s'accompagne d'effets négatifs supplémentaires en matière de santé. Vivre dans un quartier avec peu de renouvellement de population a aussi un effet négatif, mais cet indi-

cateur influe moins sur la santé que le précédent. Pour le facteur générationnel, la position la plus favorable est celle des ménages vivant dans des quartiers reflétant une certaine mixité au niveau âge des habitants et des bâtiments.

Cette étude montre que si les disparités géographiques de santé sont liées aux variations de la structure démographique et sociale de la population d'un quartier à l'autre, ces différences sont aussi imputables aux caractéristiques propres du lieu d'habitation et de l'environnement qui retentissent à leur tour sur l'état de santé des habitants. ■

-
- 1. Voir revue *Pratiques*, n° 41, p. 76 : « La double peine des ouvriers » et n° 42, p. 74 : « Les plus riches sont moins malades et mieux protégés ».
- 2. Allonier C., Debrand T., Lucas-Gabrielli V. et Pierre A., « Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles », *Questions d'économie de la santé*, n° 117, Irdes, 2007.
- 3. Allonier C., Debrand T., Lucas-Gabrielli V. et Pierre A. « Contexte géographique et état de santé des populations : de l'effet ZUS aux effets de voisinage », *Questions d'économie de la santé*, n° 139, Irdes, 2009, <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes139.pdf>

Morts à Marseille ¹

Marie Kayser, médecin généraliste

§Exclusion sociale, inégalités, Inégalités sociales, §Psychiatrie, santé mentale

Médecins du Monde, l'équipe psychiatrie-précarité détachée de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM) et l'association « Les Morts de la rue » a engagé depuis deux ans un travail sur la mortalité des personnes sans-abri à Marseille.

Ce travail, non exhaustif, porte sur quarante-quatre dossiers dont 80 % d'hommes. L'espérance de vie de ces personnes sans-abri est très nettement inférieure à celle de la population générale, avec une plus grande vulnérabilité pour les femmes (41 ans) que pour les hommes (56 ans). La moitié d'entre eux avait été hospitalisée pour des pathologies digestives ou pulmonaires depuis le début de l'étude. La proportion de suicides est importante (15 %). Des problèmes d'addiction ont été relevés pour près de la moitié des dossiers. On note également 10 % de pathologies psychiatriques relevées, mais celles-ci sont le plus souvent sous-diagnostiquées ; les personnes présentant des problèmes de santé mentale ont une surmortalité encore plus grande avec une espérance de vie de 37 ans en moyenne, en raison de lourdes pathologies chroniques associées. Les pathologies des personnes décédées ont été diagnostiquées à un stade très avancé, témoin d'une absence de suivi régulier et d'un problème d'orientation médicale en amont (plus de la moitié sont déjà décédées à leur arrivée à l'hôpital ou peu de temps après). « Certaines personnes sont venues jusqu'à trente ou quarante fois aux urgences avant leur mort », explique le Dr Vincent Girard, psychiatre, praticien hospitalier. « Elles étaient bien en demande de soins, psychiques ou somatiques, mais cette demande n'a pas été perçue. »

Pour Médecins du Monde : « Cette étude met en évidence des conditions de vie, d'état de santé physique et psychique et un niveau de prise en charge

catastrophiques. Surtout, cette enquête démontre l'inadéquation du dispositif de soins existant par rapport aux besoins de cette population... Une approche spécifique et une meilleure articulation, notamment entre les services hospitaliers et ceux de santé mentale, mais également avec les acteurs sociaux, semblent indispensables pour améliorer le dispositif existant. De même, les structures post hospitalisation, type lits haltes soins santé et lieux de vie thérapeutiques en lien avec les équipes soignantes sont des pistes à approfondir ². »

Cette étude questionne aussi bien sûr sur les facteurs qui ont conduit ces personnes à être sans abri et sur la nécessité d'agir en amont sur ces facteurs. ■

1. Article fait à partir du dossier de presse de Médecins du monde http://www.medecinsdumonde.org/fr/presse/dossiers_de_presse/medecins_du_monde_publice_une_enquete_inedite_mettant_en_evidence_la_surmortalite_des_personnes_sans_abri

2. Médecins du Monde et l'AP-HM ont mis en place à Marseille une expérience innovante, grâce à cette équipe pluridisciplinaire en santé mentale. Pour lier un contact et gagner la confiance des personnes souffrant de troubles psychiques qui vivent dans la rue, l'équipe de rue s'appuie sur des soignants, mais aussi des « travailleurs pairs » ayant une expérience personnelle de la rue. Des lits halte soins santé de psychiatrie ont également ouvert au sein de l'AP-HM pour proposer une alternative à la rue, par exemple après une hospitalisation. Enfin « le Marabout du 46 » a ouvert ses portes : un lieu de vie ouvert le jour pour toute personne de la rue, et habitat privé de nuit pour les personnes nécessitant un suivi psychiatrique particulier. Habitants, éducateurs, soignants et gens de passage s'y retrouvent.

L'objectif est d'apporter une aide médico-sociale en créant un réseau individualisé autour de chaque personne de manière à initier un parcours de soins adapté, loin du cloisonnement du système de santé actuel.



Perdre sa vie à la gagner

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

5 Travail, conditions de travail

Chaque année, on estime à 167 000 le nombre de décès liés au travail dans les vingt-sept Etats de l'Union Européenne dont 74 000 sont associés à des substances dangereuses présentes sur le lieu de travail. Celles-ci provoquent dix fois plus de décès que les accidents de travail.

Le rapport ¹ pointe les risques émergents, c'est-à-dire nouveaux et croissants, tels que : les nanotechnologies, les gaz d'échappement des moteurs diesel (classés « probablement cancérigènes »), les fibres minérales de synthèse, les allergènes et agents sensibilisateurs.



Trente-deux millions de personnes sont exposées à des substances carcinogènes à des niveaux considérés comme dangereux et, tous les ans, 95 500 cancers mortels pourraient être d'origine professionnelle, ce qui ferait du cancer une des principales causes professionnelles de décès dans l'Union Européenne. Les expositions combinées à plusieurs substances chimiques sont les plus fréquentes et en ne prenant pas en compte ces co-expositions, on sous-estime l'ampleur du problème. En ce qui concerne les toxiques pour la reproduction, le niveau de sensibilisation à ce sujet est encore très bas.

Les substances dangereuses sont présentes dans l'industrie chimique, mais aussi dans des professions comme l'agriculture, les soins infirmiers, le bâtiment ainsi que dans de nombreuses petites et moyennes entreprises (PME) en dehors de l'industrie chimique.

En plus des effets directs associés aux expositions combinées, d'autres facteurs de risques ont été identifiés tels que la mauvaise gestion des processus chimiques dans les PME et le recours croissant à la sous-traitance. La prise en compte de façon indépendante de chacun de ces facteurs entraîne une sous-estimation réelle des risques encourus par les travailleurs. ■

■ 1. Rapport élaboré par l'Agence Européenne pour la santé et la sécurité au travail

http://osha.europa.eu/fr/press/pressreleases/european_workers_face_new_increasing_health_risks_hazardous_substances_01.11032009

Non aux CAPIS

La décision de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie portant sur la création du CAPI « Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles » ¹ est parue au *Journal Officiel* du 21 avril 2009. Depuis le mois de mai, ces contrats sont proposés aux médecins traitants. Les CAPIS sont très contestés par les différents syndicats de médecins pour des motifs divers et parfois opposés... Le Syndicat de la Médecine Générale appelle à dire NON aux contrats individuels et à la mise en place de Contrats d'Amélioration des Pratiques Collectives ². ■ **M.K.**

1. Voir *Pratiques* 44, Actu p. 70.

2. <http://www.smg-pratiques.info/CAPIS-le-SMG-dit-NON,293.html>

Des recommandations sous influence

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

§Médicaments, §Firmes pharmaceutiques

Le Formindep, collectif « pour une formation médicale indépendante au service des seuls professionnels de santé et des patients » avait appelé ¹, en mars 2009, au retrait des recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la Maladie d'Alzheimer et le diabète ². Il soulignait l'existence de « liens d'intérêt permanents et forts entre les présidents des groupes de travail et les firmes commercialisant des produits de santé concernés par ces deux recommandations ». Par ailleurs, il rappelait que, pour un grand nombre de membres du comité d'organisation et du groupe de travail, les déclarations publiques d'intérêt n'étaient pas accessibles, contrairement à la loi.

Sur ce dernier point, il a été entendu, puisque la HAS a ensuite rendu publiques les liens d'intérêt de cinq membres du comité d'organisation de la recommandation sur la maladie d'Alzheimer. Quatre de ces liens peuvent être qualifiés de majeur, la HAS n'a cependant pas retiré cette recommandation... —

-
- 1. http://www.formindep.org/IMG/pdf/Appel_formindep_au_retrait_des_recos_HAS.pdf
- 1. Voir aussi revue *Prescrire* 2009 ; 29 (306) : 308-309. <http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierPointGuidesHAS.php>

Ouverture de la concurrence pour l'information des médecins ?

La cour d'appel de Montpellier confirme le 12 mai 2009 le jugement du tribunal de grande instance de Carcassonne en reconnaissant la liberté d'expression de la CPAM de l'Aude ¹ : celle-ci informait les médecins et les assurés au sujet d'un médicament, Crestor[®] 5mg (commercialisé par la firme Astrazeneca), sur la base de documents scientifiques contrôlables. La firme avait contesté la valeur de cette information et porté l'affaire en justice. Le pouvoir judiciaire semble bien résister au lobby pharmaceutique. Souhaitons que les autres CPAM et leur direction s'autorisent maintenant des visites de DAM ² plus incisives et plus précises. —

Martine Devries

-
- 1. <http://www.midilibre.com/articles/2009/05/16/20090516-CARCASSONNE-La-CPAM-de-l-39-Aude-face-aux-geants-de-l-39-industrie.php5>
- 2. Délégué de l'Assurance maladie.

Une GRRande enquête nutritionnelle

Roselyne Bachelot lance le 11 mai 2009 une grande étude nutritionnelle : le nombre de personnes prévues, 500 000, et la durée de l'enquête en font une étude qui s'annonce « exceptionnelle ». Pendant cinq ans, ces personnes vont répondre à des questionnaires sur leur alimentation, leur activité physique, leur état nutritionnel, et leurs mesures anthropométriques. Gageons que cela permettra de trouver des explications individuelles aux inégalités de santé... Et si on étudiait plutôt, ou aussi, l'environnement, l'accès aux soins, les déterminants collectifs ? ¹ —

Martine Devries

-
- 1. *Pratiques* n° 44 p. 93, Note de lecture *Lutter contre les inégalités sociales de santé*, coordonné par Christian Niewiadowski et Pierre Aiach, Éd. Presse ESESP, octobre 2008.

Pour une fois

La loi de finances de 2009 programmait une diminution de 42 % du montant affecté au conseil conjugal et familial, ce qui aurait entraîné à très court terme la suppression totale des actions d'information, d'éducation et de prévention dans les domaines de la sexualité et de la vie de couple et affective.

La forte mobilisation à l'initiative du planning familial (conférences de presse, pétition avec 140 000 signataires...) a permis d'obtenir que l'État s'engage à rétablir les crédits pour au moins trois ans, permettant le financement des Établissements d'information, de consultation et de conseil familial. — M. K.

Prise en charge publique des dépenses de santé : une moins bonne prise en charge pour les pathologies hors Affections de Longue Durée (ALD) ¹

Le niveau de la prise en charge publique des dépenses de santé – c'est-à-dire la couverture assurée par les régimes obligatoires d'Assurance maladie et, pour une part plus modeste, par l'État, le fonds de financement de la CMU et les collectivités locales – a peu varié, autour de 78 % au cours des dix dernières années. Des mesures telles que la participation forfaitaire de un euro et l'augmentation de son plafond journalier, la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins, le forfait de dix-huit euros pour les actes médicaux de plus de quatre-vingt onze euros et, depuis 2008, les franchises médicales ont contribué à réduire la part de la collectivité dans les dépenses de soins de ville, mais celle-ci a continué d'augmenter par ailleurs du fait de la part croissante des dépenses relatives aux assurés pris en charge à 100 % au titre des ALD. —

■
1. Commission des comptes de la sécu : 12 ans d'ONDAM
<http://www.securitesociale.fr/chiffres/ccss/notesconj/conj200903.pdf>

Les complémentaires santé : des charges toujours plus lourdes pour les patients

Les tarifs des assurances complémentaires santé, tout acteur confondu, vont « connaître une augmentation sensible en 2009. « Les contrats individuels vont augmenter en moyenne de 3 % à 7 %, contre 2 % à 5 % en 2008, tandis que ceux souscrits collectivement, principalement par les salariés du secteur privé, devraient progresser en moyenne de 5 %, contre 3 % l'année précédente ». 35 millions de français sont couverts individuellement et 20 millions par un contrat collectif ¹.

Les complémentaires santé : un marché en progression ²

L'ensemble du marché de la complémentaire santé connaît toujours une progression sensible avec une évolution de quasiment 6 % en 2008 par rapport à 2007. Depuis 2001, le marché a progressé de 65 %, soit un taux de croissance annuel moyen de 7,4 % sur la période. La part des sociétés d'assurance s'accroît lentement, mais constamment, depuis 2001 (+ 4,6 points) et ce, au détriment principalement des mutuelles, dans une moindre mesure des institutions de prévoyance ³. —

■
1. *Le Monde* du 30 décembre 2008
Information reprise par la *Lettre Annuaire Sécu*, n° 333 du 11 janvier 2009-01-27
2. Lettre du Fonds de financement de la CMU, avril 2009
http://www.cmu.fr/userdocs/CMU%20N35_4P.web.pdf
3. Commission des comptes de la sécu : 12 ans d'ONDAM
<http://www.securitesociale.fr/chiffres/ccss/notesconj/conj200903.pdf>

Antennes relais et principe de précaution

Philippe Lorrain, médecin généraliste

Santé publique, Gouvernement, Environnement

Un appel des médecins relatif aux ondes électromagnétiques a été publié sur le site de votre revue en avril dernier. Revenons sur les circonstances de cet Appel.

L'Académie de Médecine, s'autosaisissant du problème, publiait le 3 mars 2009 une mise en garde « contre une interprétation subjective du principe de précaution » dans le domaine de la téléphonie portable et des antennes relais. Et cela, avant même que soit mis en place le groupe de travail chargé d'étudier la question. Le Pr. Aurengo, membre du Comité scientifique de Bouygues Téléphone, apparaissait comme l'élément moteur du groupe informel ayant émis cet avis. Nous retrouvons les éléments d'un possible conflit d'intérêt.

Le gouvernement en profitait, en avril, pour reculer par rapport aux engagements antérieurs de la ministre en charge du dossier et communiquait sur la base du « rien ne pousse à légiférer ou réglementer dans ce domaine ». C'est dans ce contexte biaisé qu'allait débiter, le 23 avril 2009 à Paris, une conférence, dite « Grenelle des ondes ».

Des médecins ont considéré que la position de l'Académie n'était pas étayée et qu'elle n'exprimait pas, loin s'en fallait, l'avis de tout le corps médical. Il y avait urgence à s'inscrire dans le débat, en tant que médecins. Les données internationales¹ disponibles démontraient des risques avérés dus à l'utilisation des téléphones mobiles et des risques potentiels avec une présomption forte concernant les ondes émises par les antennes relais : c'est l'ensemble de la population qui est exposé et plus seulement les utilisateurs de téléphones. Ces médecins ont décidé de lancer un Appel le 18 avril « pour le respect strict du principe de précaution, pour que soit établi un cadre législatif et réglementaire et pour une plus grande vigilance dans le suivi sur la santé des effets des ondes électromagnétiques » : appel destiné aux pouvoirs publics pour qu'ils ne laissent pas le champ libre aux opérateurs privés.

Qu'est-ce que le principe de précaution? La Charte de l'environnement est inscrite dans la Constitution depuis 2005². Article 1 : « Chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ». Article 5 : « Lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'incertaine en l'état des connais-

sances scientifiques, pourrait affecter de manière grave et irréversible l'environnement, les autorités publiques veillent, par application du principe de précaution et dans leurs domaines d'attributions, à la mise en œuvre de procédures d'évaluation des risques et à l'adoption de mesures provisoires et proportionnées afin de parer à la réalisation du dommage ». L'article 5 définit les modalités d'application du principe précaution qui s'imposent aux pouvoirs publics, l'article 1 justifie l'extension à la santé de ce principe, *a priori* défini pour le seul environnement. Des tribunaux de grande instance et des cours d'appel ont appliqué ce principe au cas des antennes relais de téléphonie mobile³, considérant que si leur impact direct sur la santé des plaignants n'était pas prouvé, le risque, lui, existait, de l'aveu de scientifiques renommés et donc que l'incertitude sur l'innocuité de l'exposition aux ondes en justifiait l'application. La position de *Pratiques* est claire : les pouvoirs publics et les autorités médicales ont souvent tardé à reconnaître certains risques pour la santé publique face aux enjeux industriels et financiers. Personne n'a oublié les affaires de l'amiante et du sang contaminé. Forts de cette expérience, nous considérons de notre devoir de soignants et de citoyens d'exiger la plus grande vigilance dans le domaine des ondes électromagnétiques.

La revue *Pratiques* se devait de publier cet Appel : nous invitons ceux qui ne l'auraient pas encore signé à le faire sur le site www.pratiques.fr. Vous y trouverez plus d'informations et pourrez donner votre avis. ■

« C'est l'ensemble de la population qui est exposé et plus seulement les utilisateurs de téléphones. »

-
- 1. Rapport Bioinitiative, texte disponible sur le site de la revue *Pratiques*.
- 2. Loi constitutionnelle n° 2005 – 205 du 1^{er} mars 2005, texte disponible sur le site de la revue *Pratiques*.
- 2. Jugements du TGI de Nanterre et de la Cour d'appel de Versailles, références sur le site de la revue *Pratiques*.

Services de santé au travail : conflits d'intérêts

■ Marie Kayser, Gérard Lucas, médecins généralistes

§ Travail, conditions de travail, § Patronat, § Écoute, § Médecine du travail

« Aurait-on idée de confier la responsabilité du fonctionnement des consultations de tabacologie aux producteurs de cigarettes ? » C'est l'interpellation lancée par les professionnels de santé au travail dans le « Manifeste pour une nouvelle politique de gestion des Services de Santé au Travail »¹.

Cet appel intervient au moment où se tiennent des négociations entre patronat et syndicats de salariés sur les services de santé au travail. La presse se fait l'écho des propositions du Medef : espacer la fréquence des visites systématiques tous les quatre ans pour les travailleurs non exposés à des risques particuliers, confier des visites d'embauche à des médecins libéraux, déléguer certains actes attachés à la visite périodique aux infirmiers du travail et aux assistants en santé au travail...

Au-delà de la juste inquiétude que suscitent ces propositions, ce sont les questions de fond que veulent poser le Syndicat National des Professionnels de la Santé au travail² et l'Association Santé et Médecine du Travail³ qui sont les instigateurs de cet appel, ainsi que le collectif des médecins du travail de Bourg en Bresse qui a adressé en février une lettre d'alerte aux syndicats de salariés⁴.

Ces professionnels font le constat que la gestion patronale des services de santé au travail ne leur permet pas de remplir leur mission qui est d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (voir encadré).

Cette gestion ne leur donne pas les moyens nécessaires pour les priorités de santé au travail et de santé publique tels que la prévention des cancers professionnels, des troubles musculo-squelettiques, la vigilance particulière auprès des populations les plus fragiles ou les plus exposées (travailleurs précaires, intérimaires, sous-traitants des secteurs à haut risque), le suivi à long terme après les expositions aux cancérigènes, et la préservation de la santé mentale au travail. Cette logique gestionnaire des services de santé au travail va de pair avec une concurrence au « moins disant » : un employeur peut menacer de

quitter un service de santé au travail pour s'affilier au service concurrent s'il trouve que les cotisations sont trop chères ou s'il est en conflit avec le médecin du travail qui intervient dans son entreprise.

Pour sortir de ce conflit d'intérêt, ces professionnels en santé au travail demandent que soit mise en place une organisation d'intérêt public avec un changement radical de gestion et d'organisation des structures où ils exercent.

La santé au travail, qui fait partie intégrante de la santé publique, doit être rattachée au ministère de la Santé et non plus au seul ministère du Travail.

Il faut mettre fin à la gouvernance patronale des services de santé au travail : la gestion des services doit être pluripartite à majorité salariale, les employeurs doivent être minoritaires ; elle doit associer les représentants des victimes, les représentants des professionnels et ceux de l'État et être sous contrôle des services de l'État.

Le financement de la santé au travail doit revenir exclusivement aux employeurs qui génèrent les risques. Les modalités de financement doivent être harmonisées avec un système de cotisation obligatoire, dont le montant doit être fixée par une Agence nationale en santé au travail qui doit être créée. Les travailleurs, quel que soit leur statut, doivent avoir les mêmes droits à la prévention en santé tout au long de leurs parcours professionnel, y compris pendant les périodes de non-travail.

L'indépendance des professionnels est indispensable, qu'ils soient médecins du travail, infirmiers ou Intervenants Pluridisciplinaires sur les Risques Professionnels (IPRP). Les Commissions Médico Techniques, composées d'élus des professionnels de santé au travail des services, ne doivent plus être présidées par les directions qui entravent leur fonctionnement, elles doivent être maîtres de leur bureau, de leur ordre du jour et de leurs décisions.

« La gestion patronale des services de santé au travail ne leur permet pas de remplir leur mission. »

Le développement de la pluridisciplinarité est une réponse aux besoins de la santé au travail, mais une approche médicalisée d'accompagnement de la santé au travail doit rester incontournable dans les services et être l'objet d'une garantie d'indépendance et de délégation de tâche par le médecin du travail.

Les missions des professionnels en santé au travail doivent être clairement redéfinies

Il ne s'agit plus de délivrer des avis d'aptitude d'un salarié à un poste, mais d'intervenir en conseil des salariés comme de l'entreprise et de préconiser, avec le consentement des sujets, des aménagements de poste de travail pour les rendre compatibles avec la santé de l'individu.

L'entretien clinique régulier du médecin du travail avec le salarié doit être absolument préservé. C'est l'écoute, au cours des consultations, qui permet au médecin du travail de repérer les souffrances physiques et psychiques, et de faire avec les travailleurs le lien entre ces souffrances et

l'organisation de leur poste ou de leur service. Il faut redonner aux travailleurs et au collectif de travailleurs leur rôle de vigilance et d'intervention dans les questions de santé au travail.

Conclusion : l'insuffisance de prise en compte du facteur travail dans la santé est notoire. Les pratiques de médecine du travail ne doivent pas rester entravées par les gouvernances patronales pour jouer pleinement leur rôle d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». —

-
- 1. Appel à signer sur le site <http://www.sante-et-travail.fr/petition-gouvernance-SST>
- 2. Voir le dossier complet sur le site du SNPST <http://snpst.org/downloads/presentationpropositionssnpst.pdf>
- 3. Association santé et Médecine du Travail : <http://www.a-smt.org/accueil.html>
- 4. <http://www.smg-pratiques.info/LETTRE-OUVERTE-AUX-SYNDICATS-DES.html>

Organisation actuelle des services de santé au travail en France

L'organisation et le financement des services en santé au travail sont obligatoirement assurés par les employeurs depuis 1946.

Les entreprises dont la taille de l'effectif est supérieure à 2 200 salariés (ou au-delà d'un certain nombre de visites annuelles) doivent avoir leur propre service de santé au travail.

Le médecin du travail et les autres professionnels en santé au travail (infirmiers en santé au travail), pôle organisationnel (secrétariat) et pôle technique (Intervenants en Prévention des Risques Professionnels) sont des salariés de l'entreprise embauchés par l'employeur.

Seul le médecin bénéficie de garanties réglementaires d'indépendance puisque le Comité d'entreprise (qui est l'émanation des salariés) a droit de regard sur son embauche et son licenciement.

Les entreprises de plus petites tailles s'adressent à des services interentreprises de santé au travail.

Ces services doivent être organisés par les employeurs réunis en association, ce sont eux qui

composent le conseil d'administration. La loi en 2004 a mis en place une commission de contrôle (les deux tiers des sièges sont réservés aux salariés) qui supervise l'action des conseils d'administration. Cette commission a droit de regard sur l'embauche et le licenciement du médecin du travail (mais pas des autres professionnels de santé au travail) et elle s'assure qu'ils ne subissent pas de pression dans l'exercice de leur métier. Malheureusement, les représentants des salariés aux commissions de contrôle sont trop souvent absents et/ou mal préparés à leur fonction.

Chaque service inter entreprises fixe le tarif de base de la cotisation que doivent payer les employeurs, soit forfaitairement sur la masse salariale, soit en fonction du pourcentage des salariés relevant de surveillance médicale renforcée, soit au nombre de visites réglementaires à faire, ou pire réalisées, ce qui équivaut à un paiement « à l'acte » aux effets déplorables sur la gestion du travail des médecins. —

Les coliques du nourrisson

Jean-Pierre Lellouche, médecin pédiatre

S'Enfant, S'Ecoute

« Que pensez-vous des coliques du nourrisson, comment les soulager ? »
est une question fréquemment posée au pédiatre !

Tous les bébés crient et certains crient plus que la moyenne. On parle de « coliques » lorsqu'un bébé pleure plus de trois heures par jour, plus de trois fois par semaine pendant plus de trois semaines. Ce critère, qui vaut ce que valent les critères arbitraires, a le mérite de rappeler qu'il est très habituel que les bébés pleurent beaucoup. Ce sont donc les pleurs excessifs ou considérés comme excessifs qui sont qualifiés de coliques.

Mais l'inquiétude des parents n'est pas directement proportionnelle à la durée ou à l'intensité des cris. Et il faudrait donc faire entrer dans la définition de ce syndrome assez flou la tolérance et l'inquiétude des parents.

Très rarement, on découvre une cause et rarement aussi, il y a des solutions techniques qui marchent de façon efficace. Mais ces cas rares ne doivent pas faire oublier que dans plus de 90 % des cas, les pleurs ne peuvent pas être bien expliqués et qu'il va falloir vivre avec en essayant de les atténuer. Et en essayant aussi de faire en sorte qu'ils ne contribuent pas à faire du mal à la relation entre les parents et l'enfant.

Les « coliques » sont en effet très difficiles à vivre. Lorsque des parents attendent un enfant, ils imaginent un bébé qui mange et dort et qui, de temps en temps, sourit. Ils pensent que les cris signifient que l'enfant a faim ou n'a pas fait de rot. Les cris ne sont pas attendus (et encore moins souhaités). Ils surprennent, ils déçoivent et, de plus, ils surviennent alors que les parents sont fatigués (le bébé ne fait habituellement pas encore ses nuits).

Beaucoup de parents reconnaissent avoir envie (ou avoir eu envie, car ce n'est le plus souvent qu'après que les « coliques » ont disparu qu'ils en parlent plus librement) de jeter le bébé par la fenêtre ou de lui cogner la tête contre le mur.

Ce phénomène est toujours difficile à vivre, mais il y a une très grande différence entre les femmes qui ont « réussi » dans la vie et celles qui sont « paumées ».

Je caricature beaucoup en proposant les descriptions ci-dessous, mais il y a du vrai et il y a surtout une piste pour savoir comment se comporter.

Les femmes « paumées » ont connu des tas d'échecs

dans la vie, elles n'ont pas réussi en classe, elles n'ont pas de travail ou un travail très peu valorisé, elles ont une très faible estime d'elles-mêmes. Lorsque leur enfant crie, elles se disent « Voilà, même ça, je n'y arriverai pas, même ça, je n'en suis pas capable ». Elles sont fâchées contre elles-mêmes et assez facilement fâchées contre leur enfant, et fâchées d'être fâchées contre leur enfant.

Les femmes qui ont « réussi » ont un moral de gagneuses. Elles savent que la vie n'est pas qu'une suite d'échecs et de baffes. Elles vont demander de l'aide à leur entourage et à des professionnels, avec la certitude qu'au bout du compte, elles s'en sortiront.

Il n'est pas rare que les femmes « paumées » aient un entourage où domine la dépression, le pessimisme, mais parfois aussi la cruauté (les gens paumés sont parfois comme les pauvres du film d'Ettore Scola, *Affreux, sales et méchants*). Il est fréquent que les femmes qui ont « réussi » aient un entourage ayant réussi et que la réussite conduit à être plus optimiste, plus chaleureux et plus reconfortant.

Comment soulager les enfants, comment atténuer le signe et ses conséquences ? Le bercement, la promenade en voiture ou en poussette ou porté dans un kangourou calment un peu, mais le calme est obtenu davantage lorsque ces méthodes sont utilisées dès le début des cris et pas lorsqu'ils sont bien installés.

Lorsque des parents ont remarqué que les cris surviennent à 18 heures, il est bon de programmer une promenade en landau à 17 heures 30 et ne pas hésiter à la prolonger, si c'est possible, et si les parents n'ont pas d'autres obligations.

Les parents ont besoin d'être informés et rassurés. Ils ont aussi besoin de dire leurs pensées, leur détresse, leur déception, leur honte et leur culpabilité d'éprouver du déplaisir alors que l'on attend d'eux qu'ils soient en permanence joyeux devant cet « heureux événement ».

Très souvent, les nouveaux parents prennent un rendez-vous dit « du premier mois » avec un pédiatre. Ils sont dans une démarche routinière de type administratif. Lorsque leur enfant hurle, cela sort

« Les parents imaginent un bébé qui mange et dort et qui, de temps en temps, sourit. »

des cadres de la démarche routinière. N'ayant jamais vu le pédiatre, ils ne savent pas comment le contacter ou n'y pensent même pas.

Parmi la minorité de ceux qui essaient de prendre contact avec le pédiatre (et qui appartiennent alors plus souvent aux classes supérieures et la catégorie des « ayant réussi »), quelques-uns verront un pédiatre : très souvent, parce que son planning de rendez-vous est très chargé, celui-ci ne pourra pas proposer de nouveau rendez-vous avant deux ou trois semaines. Or, devant ce signe, il y a une nécessité impérieuse de ne pas laisser les parents dans les multiples interactions négatives auxquels ils sont exposés. Ils ont besoin de soutien, d'écoute, et d'accompagnement. Il peut être souhaitable, après les avoir informés et après leur avoir donné quelques conseils, de voir avec eux comment les choses ont évolué et comment ils les supportent. Et il peut être souhaitable de les voir quatre ou cinq fois à trois ou quatre jours d'intervalle et d'être disponibles téléphoniquement si nécessaire.

Mais de même que les parents ne s'attendent pas à accueillir un bébé qui pleure et ne s'attendent pas à toutes les émotions que cela engendre, de même très souvent le système d'organisation des soins ne sait pas prévoir une place pour les parents dont l'enfant pleure et qui sont très nombreux.

Ce texte a été suivi d'un débat au sein du comité de rédaction, et l'auteur a voulu poser quelques questions à partir de ces échanges.

À propos de l'allaitement au sein :

Il est probable qu'un allaitement au sein mal conduit par une maman mal préparée et mal entourée, et soumise à des conseils et des avis contradictoires et péremptoirs, ne soit pas l'idéal. Il est probable qu'un allaitement réalisé dans de bonnes conditions entraîne moins d'insatisfactions et moins de cris.

Mais connaissez-vous des publications qui analysent aussi finement que possible ce problème de la relation entre allaitement maternel et coliques ? À défaut d'analyses fines et publiées, on peut écouter les témoignages : là encore, je serais heureux de les connaître.

À propos des otites et du reflux gastro-oesophagien :

Un enfant qui hurle peut avoir une otite a dit quelqu'un. Il me semble qu'une otite à vingt jours qui se manifeste par des cris très prolongés et très répétés est une éventualité exceptionnelle, ou du moins rarissime. J'aimerais avoir votre avis sur ce point.

Par ailleurs, lorsqu'un enfant hurle, les parents pensent à des tas de possibilités : le lait est trop fort ou trop faible, trop épais ou trop fluide, etc. Ils pensent à tout et à n'importe quoi. Il me semble souhaitable que, devant eux, le médecin ne pense pas à tout et à n'importe quoi, mais qu'il pense à ce qui est possible et qu'il pense d'abord à ce qui est utile et urgent. Il me semble que penser à l'otite fait partie de ce n'importe quoi très improbable.

De même, bien qu'à un degré nettement moins fort, il fut un temps où tout enfant qui vomissait était considéré comme ayant un reflux et recevait du Prépulsid® ; beaucoup d'enfants qui criaient recevaient du Prépulsid® et si un enfant criait et vomissait, il recevait du Prépulsid®. Le reflux peut-il entraîner des cris ? Et si oui, à partir de quel âge ? Ces cris ont-ils certaines particularités telles que, si elles sont présentes, le reflux est plus probable ? Et que réciproquement en leur absence le reflux est moins probable ?

Fréquence d'une cause retrouvée :

Parmi les enfants qui m'ont été montrés au cours des premiers mois et qui pleuraient beaucoup, je n'ai trouvé d'explications que dans 10 % des cas et plutôt moins de 10 %. Quelqu'un m'a répondu, .../...



.../... en affirmant que dans sa pratique, c'était plutôt 90 % des cas qui trouvaient une explication. J'aimerais savoir si vous pensez comme moi que les causes organiques sont rares ou si elles sont assez fréquentes. La fréquence retrouvée dépend de la compétence du médecin comme le suggérerait celle qui après avoir affirmé trouver 90 % d'explications, disait « et pour les 10 % restants, je cherche une cause » ?

L'amour suffit-il ?

Si, comme il a été dit, un enfant allaité au sein dans de bonnes conditions n'a pratiquement jamais de coliques, cela signifierait que les coliques sont dues à des causes simples d'ordre nutritionnelles digestives et/ou psycho affectives. Un enfant bien nourri, bien bercé, bien « aimé », bien accueilli ne devrait pas pleurer. Dans ma pratique, j'ai vu beaucoup d'enfants hurlants sans rien d'évident ne vienne les distinguer des enfants bien nourris, accueillis, aimés.

J'aimerais avoir votre avis sur ce point aussi.

Penser à en finir :

Lorsqu'un enfant hurle, de nombreux parents reconnaissent avoir pensé à « en finir ». J'ai très souvent entendu ce discours. Lorsque j'ai lu des publications faisant état de la fréquence de cette éventualité et lorsque j'ai moi-même abordé cette question avec les parents, j'ai eu alors très souvent des témoignages de parents reconnaissant avoir éprouvé ces mêmes sentiments. Par ailleurs, même parmi ceux qui ne disaient pas explicitement avoir pensé à jeter leur enfant par la fenêtre ou à lui fracasser la tête contre un mur, beaucoup manifestaient par un sourire un peu hésitant, souvent triste et grave, qu'ils comprenaient de tels affects.

Effets à long terme et optimisme du médecin, versus pessimisme :

Les coliques font donc vivre aux parents une période très difficile, très pénible, pleine d'inquiétude. Ils sont fatigués, ils dorment mal, ils en ont marre de leur enfant, de leur entourage, des médecins. Ils ont eu des pensées extrêmes, ils en ont eu honte et peur. Puis l'enfant arrête de pleurer et la littérature

médicale affirme que tout rentre dans l'ordre. Ce serait un moment très désagréable, très perturbant, mais ce ne serait qu'une mauvaise période à passer.

J'ai toujours voulu croire à cela et je crois qu'il est bon de faire ce pari-là. Le médecin optimiste qui croit que tout ira bien et qu'il ne restera aucune trace peut contribuer à rassurer les parents. Inversement, le médecin pessimiste qui se dirait : il n'est pas impossible que cette période très pénible induise des relations telles qu'elles auront des effets défavorables sur la relation parent-enfant, et qui se dirait que ces effets pourraient même être intenses et durables, ce médecin pessimiste pourrait contribuer à accentuer les dégâts qu'il redoute.

Mais qu'en est-il ? Quelles études ont été menées, que savons-nous ? Que devons-nous dire et faire ?

Chacun se débrouille :

L'un des membres du comité de rédaction a proposé, à partir de son expérience, une interprétation psychosomatique : « Lorsqu'on me présente un bébé qui a des coliques, je pense toujours à l'enfant en tant que "symptôme offert" et je sollicite la maman sur la façon dont elle est entourée. Très souvent, derrière les pleurs du bébé, on retrouve un père qui n'a pas investi la relation nouvelle avec la mère de son enfant. Et ça tord les boyaux de bébé qui lui, se rend bien compte que la femme de son père n'a pas l'attention qu'elle attend de son homme. »

Très rares sont ceux qui expriment nettement leur point de vue et très rares sont ceux qui parlent sincèrement de leur pratique, et je voudrais d'abord remercier celui qui dit cela.

Mais on voit par cet exemple que chacun se débrouille comme il peut. Chacun avec son explication, chacun avec son interprétation. Or certaines de nos interprétations sont susceptibles d'aggraver la situation.

Comment nommer ce trouble ?

Cris excessifs ? Coliques ? Pleurs ?

Le fait que l'institution médicale n'ait pas réussi à trouver un terme qui nous satisfasse est probablement en soi un signe à analyser. ■

Handicap, vulnérabilité, autonomie

■ Bertrand Riff, médecin généraliste

SDrogue, SGénéraliste, SPsychiatrie, SExclusion

Où, en accompagnant des patients marginalisés, le médecin généraliste est amené à ré-envisager la clinique, à modifier son regard, et ses pratiques, pour le plus grand bien des patients.

À l'image de l'architecte qui essaie de rendre la ville plus lisible et la maison plus habitable, j'essaie avec mes patients de rendre leur vie plus lisible et leur corps plus habitable.

Le concept de conduite addictive et d'addictologie me pose question. En effet, si ce concept nous permet à nous, soignants, d'éviter la souffrance fondamentale de nos patients, c'est-à-dire s'il nous permet une attitude négationniste, alors je n'en suis pas. S'il intègre la présence d'une souffrance à la triple origine, bio, psycho, sociale, alors j'en suis.

Un humain va se soigner avec le plus puissant des apaisants de la terre (l'héroïne, l'alcool) pour apaiser des souffrances. Elles sont liées à l'existence (à soi dans son rapport à l'autre ?) et/ou à une maladie mentale (à soi dans le rapport à soi ?). Le parcours de soins, les choix thérapeutiques dépendent de son capital génétique (handicap/vulnérabilité), de son capital social (handicap/vulnérabilité).

Moins j'ai conscience de mes handicaps, plus je suis vulnérable.

Moins j'ai conscience de ce que je dois aux autres, moins je suis autonome.

Je propose un développement en trois temps, représentatif de où j'en suis actuellement (de où nous en sommes, mes patients et moi).

Un temps consacré aux souffrances liées à l'existence :

– les voies de la sagesse ;

– les accidentés de la vie.

Un temps questionnant la maladie mentale : la question de la psychose.

Un temps centré sur moi et les autres : la relation soignant/soigné.

Un temps consacré aux souffrances liées à l'existence

Les voies de la sagesse ou la question de l'être adulte ?

À G&T¹, nous pensions, il y a quinze ans, que ces hommes et femmes en héroïne étaient en impossibilité d'être adultes. En tentative désespérée d'arrêter le temps, l'héroïne donnant l'illusion d'être un éternel adolescent.

Les voies de la sagesse (être autonome ?) passent par l'apaisement de trois lignes de tensions. « Le regard sur soi », « le regard sur l'histoire », « l'acceptation de la mort ».

Si l'homme n'arrive pas à apaiser ces trois lignes, le

recours à la chimie de l'oubli est une solution momentanée pour ne plus y penser, pour différer la résolution.

– LE REGARD SUR SOI :

« L'ACCEPTATION DE NOS HANDICAPS »

Tant que l'humain n'a pas un regard en tendresse sur ce qu'il est, psychiquement, biologiquement, socialement, il est le lieu de tension, d'angoisse, de violence. Il ne peut faire corps avec lui-même.

La grande C. que j'accompagne depuis vingt ans, 10 mg de méthadone : se regarder toute nue devant un miroir est impossible, l'image de ce corps trop maigre, qui n'arrive pas à prendre de la consistance, est insupportable.

La jeune J. qui se découvre homosexuelle, il y a cinq ans, ce qui pour l'instant, ne lui semble pas possible à accepter pour ses parents, donc pour elle. L'héroïne lui a évité le suicide, on la remercie. Maintenant, on se confronte au réel.

– LE REGARD SUR L'HISTOIRE :

« LA PERCEPTION DE NOS VULNÉRABILITÉS »

Nous sortons tous de l'adolescence avec un fardeau plus ou moins lourd à porter. Certains d'entre nous en ont des très lourds.

Pour É., qui a été « abandonné », pour A. qui a été battu, placardé, pour G. élevé par un père et une mère en alcool, pour tous ces jeunes, le fardeau est lourd. Pour certains, le travail subjectif permet un allègement de la charge, pour d'autres, il permet juste d'accepter de la porter.

– L'ACCEPTATION DE LA MORT, DE SA PROPRE MORT COMME DE CELLE DES PROCHES :

« L'APPRENTISSAGE, L'AUTONOMIE »

Nos patients en autophytothérapie de la rue ne sont pas des gens en recherche de mourir.

Ils désirent vivre et leur pulsion de vie est forte, mais les traumatismes, les angoisses, les souvenirs sont trop moches : « Comment habiter avec tout ça ? En mettant un peu de chimie dans le cerveau ». Ni mort, ni vivant, mais un mort-vivant.

« Je suis un zombi », comme ils aiment à dire, ils

« Un humain va se soigner avec le plus puissant des apaisants de la terre (l'héroïne, l'alcool) pour apaiser des souffrances. »

.../...

.../... ne croient pas si bien dire. Certains ont croisé la faucheuse de près. Accepter sa mort, c'est être vivant, le mort-vivant lui, n'est ni dans l'acceptation de sa mort, ni de son vivant. Les deux sont probablement inacceptables pour lui. L'héroïne, l'alcool créeraient un état intermédiaire, une errance plus ou moins longue sur le Styx.

Les accidentés de la vie

L'accidenté de la route présente des handicaps à vie, les accidentés de la vie de même.

DE L'ABANDON :

– A. qui se soigne avec l'alcool depuis des années avec des hauts et des bas. Qu'est-ce qu'il attend de l'alcool : d'apaiser sa violence et sa haine qu'il ne supporte pas. Comme il le dit, « On me dit que je suis porteur d'une grande souffrance » ? Sa mère l'a abandonné à la naissance, il a été adopté et il découvre à 7 ans qu'il a deux mères, une qui le met au monde, une qui lui montre le monde. Il semble hanté par deux questions : pourquoi cette femme qui depuis un an a repris contact avec lui, l'a-t-elle abandonné ? Pour lui, qui est cette femme qui n'est pas sa mère, mais qui l'a élevé ? Il peut envisager la vie sans alcool, il a une compagne aidante, aimante. Voilà un traumatisé de la vie pas trop handicapé, mais vulnérable.

« Comment habiter avec tout cela ? En mettant un peu de chimie dans le cerveau. »

– É. qui a été placé par décision de justice à l'âge de 2 ans. De foyer de l'enfance en familles d'accueil « Comment veux-tu que je vive avec l'enfance que j'ai eue ? », répète-t-il depuis quinze ans que je le connais. Une petite vie, un petit stage, une petite chambre où il survit à l'aide du virtuel et de la chimie qui endort. Il tente de se construire un foyer de substitution, je pense que j'en fais partie ! Voilà un homme porteur de gros handicap, mais de peu de vulnérabilité.

– S. qui a été confiée par sa mère à sa mère. Elle a été élevée par sa grand-mère. Sa mère qui revenait de temps en temps à la maison très en héroïne était un peu sa sœur. Elle ne va pas bien et elle tente dans l'alcool de reconstruire l'histoire.

– L., enfant adopté qui vit avec A., victime d'un viol. Depuis des années, on se rencontre tous les quinze jours, ils arrivent enfin à parler de ces traumatismes. Lui de cette adoption, de cet abandon ; je lui dis que sa mère est la plus belle des mères, qu'elle ne l'a pas abandonné, mais qu'elle l'a confié à quelqu'un de plus sûr.

– L., enfant adopté qui vit avec A., victime d'un viol. Depuis des années, on se rencontre tous les quinze jours, ils arrivent enfin à parler de ces traumatismes. Lui de cette adoption, de cet abandon ; je lui dis que sa mère est la plus belle des mères, qu'elle ne l'a pas abandonné, mais qu'elle l'a confié à quelqu'un de plus sûr.

DES VIOLENCES DU VIOL ET DE L'INCESTE :

– À l'âge de 15 ans, elle a été violée. Son père et sa mère alors au chômage et dans l'alcool étaient

indisponibles, c'est dans la rue qu'elle a trouvé une écoute, certes sommaire, du soin sans parole. L'héroïne a été présente, quel soulagement !

– F. elle, avait 12 ans, dans les rues de Lille, un soir en 67, elle a été violée. Elle rentre chez elle, le dit à sa mère et se prend une claque ! Qu'avait-elle à traîner à cette heure-là ! C'est d'abord dans l'alcool qu'elle a trouvé le réconfort, l'oubli, puis un jour, simplement, elle est passée à l'héroïne, plus efficace et cela ne faisait pas grossir.

DU SYNDROME D'ALCOOLISME FÉTAL (SAF) :

– A. a baigné durant tout son début de vie dans l'alcool, sa mère ayant substitué l'héroïne par l'alcool et se refusant durant la grossesse à revenir aux opiacés. Il en garde une physique particulier, une petite lenteur à comprendre, et une certaine hyperactivité.

Il a 10 ans, il faudra bien un jour lui expliquer : son physique bien sûr, mais aussi ses handicaps et vulnérabilités psychiques et sociaux.

Un temps questionnant la maladie mentale

La question de la maladie mentale est loin d'être résolue.

Elle n'a pas fait disparaître la folie.

Elle n'a pas encore permis de se détacher de la séparation du corps et de l'âme (de la psyché), vieux reste chrétien, pour penser la complexité de l'unité corps psyché.

Patrick Declercq² nous dit que nos patients en grande désocialisation ont à voir avec la psychose, voire présentent une psychose sous-estimée. De même J.-P. Jacques³ pour bon nombre de patients opiacé-nécessitants. Qu'est-ce que la psychose aujourd'hui ? Il y aurait des patients un peu, beaucoup psychotiques, un peu beaucoup interprétatifs.

Il y aurait un continuum d'un trouble léger à un trouble sévère. La clinique de l'hystérie a considérablement changé en un siècle, la clinique de la psychose a fait de même.

Ils pensent, nous pensons, que quatre éléments cliniques méritent notre attention. La paranoïa et l'errance ont été relevées par ces deux auteurs, l'abandon de soi et la perte des repères intérieurs/extérieurs sont issus des réflexions cliniques de la maison médicale Moulin.

L'ABANDON DE SOI

– C., c'est au décours d'une hospitalisation que sa famille et l'équipe soignante découvrent l'étendue des dégâts, un appartement à l'abandon rempli de sacs et papiers qui s'amoncellent, et de factures non payées. Il est difficile de penser que C. a à voir avec la psychose, c'est plus gratifiant de la penser toxi-

comane, pour elle comme pour nous. Elle serait encore normale, mais du coup, aucune excuse. De longs débats au sein de l'équipe avant d'accepter de basculer le regard et de la considérer porteuse d'une maladie et du handicap psychique résultant. L'accession à une autonomie passe par l'acceptation, tant par elle que par nous, de ces handicaps, et il nous faut en tenir compte dans notre relation.

Depuis qu'elle est sous tutelle, dans un appartement thérapeutique, elle n'a jamais été aussi bien. Elle soigne son hépatite C et supporte bien l'interféron.

INTÉRIEUR/EXTÉRIEUR ET ERRANCE

- L. a du mal avec la notion d'intérieur et d'extérieur. Il vit en couple dans un squat, il n'a pas d'intérieur à lui ou des intérieurs ouverts au vent, régulièrement pillés. Il met son intimité à l'extérieur avec une absence d'émotion qui laisse perplexe ! Si tout est dehors, qu'est-ce qu'il a dedans ? Il vit dans la rue et cela nécessite une violence certaine envers l'extérieur, mais cette violence lui semble tout aussi nécessaire envers lui-même (injections, abcès, scarifications). Voilà une confusion qui nous laisse perplexe. Depuis que je regarde L., non plus seulement comme un punk à chien, mais aussi comme porteur d'une structure psychotique, de handicap de vie, les choses vont mieux.

LA BANALITÉ DE LA PARANOÏA

- Comme É. qui pense que tout est de la faute des autres dans son histoire. Les soignants ont du mal à penser E. comme un handicapé psychique, il donne le change.
- Comme L. qui pense que tout est donné aux autres, aux étrangers, mais à lui aucune chance ne lui est laissée.
- Comme N. qui pense que ses parents sont responsables de tout.

Certes, la réalité de leur histoire ne les aide pas. Certains soignants pensent que cela leur sert bien de penser comme ils pensent. Si on regarde du côté de la maladie mentale et de la structure psychotique, alors nous raisonnons handicap, ce qui est tout à fait différent.

Un temps centré sur moi et les autres : la relation soignant/soigné, accompagnement, relation d'aide, relation thérapeutique et autonomie

Ma pensée se construit au détour des rencontres, notamment professionnelles, particulièrement avec ces hommes et femmes opiacé-nécessitants. Par

« Depuis que je regarde L., non plus seulement comme un punk à chien, mais aussi comme porteur d'une structure psychotique, de handicap de vie, les choses vont mieux. »

voie de conséquence, ils bénéficient en retour de ces conceptualisations mouvantes en constante construction/déconstruction. Ma pensée ne se construit et donc ne s'autonomise que dans l'inlassable relation à l'autre dont elle est dépendante.

La complexité du bio-psycho-social ne se situe pas tant dans la complexité de chacun de ces éléments, mais bien dans la complexité des interrelations entre

ces champs constitutifs d'un humain. Par exemple, l'expression d'un gène dépend du milieu dans lequel il se trouve.

L'accompagnement des hommes et femmes opiacé-nécessitants se situe très précisément dans cette complexité. Il me semble tout à fait possible au duo soignant/soigné de nager dans cette complexité sans sombrer, sans se perdre.

Pour cela, il est indispensable d'être en collectif, en réseau, en trans-partenariat.

Cela d'autant plus que mon patient est porteur de vulnérabilité, de handicap et que, pour lui, la question de l'autonomie se pose.

Le collectif soignant a plusieurs fonctions. J'en retiens trois. Elles me semblent indispensables à la garantie d'une éthique du soin.

La fonction première est de garantir un droit d'asile sans condition. Le demandeur d'asile le fait pour fuir l'horreur, la violence. Dans cette lignée, un certain nombre de nos patients demandent asile, mais trop souvent d'emblée, des conditions leur sont faites. À peine arrivés dans ce lieu d'accueil d'urgence, il leur faut faire des démarches, prouver l'existence d'un projet et une volonté d'autonomisation, concept bien complexe pour des patients en précarité, qui ne demandent qu'un foyer. La fonction seconde est de garantir un accompagnement durable, c'est-à-dire capable d'absorber la défaillance de l'un des soignants. La question de la continuité est essentielle.

La fonction troisième est de permettre aux duos soignant/soigné de naviguer dans cette complexité sans se perdre, sans errer. Se perdre par exemple dans une pensée totalitaire ce qui est une réponse récurrente à la question de la complexité. Qu'est-ce que cela veut dire ?

À un problème complexe, il existe des réponses simples : « Ya qu'à les enfermer » ; « C'est un tox » ; « C'est un alcoolique ». La violence fait partie du système et ces patients ont souvent à faire avec les violences institutionnelles. Les modalités établies pour bénéficier de la méthadone gélule⁴ sont un exemple de cette violence. La toute puissance du soignant et la tentative d'une relation d'assujettissement relève de la violence, mais pas uniquement !

.../...

.../...

Conclusion provisoire⁵

Le colloque singulier nous permet, à mon patient et à moi-même d'élaborer de la pensée. Pour lui comme pour moi, la mise en mots de cette pensée est un acte qui ne devient politique que s'il passe dans l'espace public. Il devient politique car il prend le risque en instaurant un débat certes de se faire critiquer, de voir naître des conflits, de se voir démonter, mais aussi de changer quelque peu nos façons de pratiquer, de vivre.

Notre rôle politique de médecin généraliste se joue aussi là, dans l'écriture et la mise dans le domaine public des pensées, concepts et élaboration issues du colloque singulier. —

■

1. Généralistes et toxicomanies 59/62 Nouvelles Pratiques en Médecine Générale, 267 rue Solférino, 59000 Lille
2. Patrick Declerck, *Les naufragés*, collection Terre humaine, éditions Plon 2001
3. J.-P. Jacques, *Pour en finir avec les toxicomanies*, Éd. De Boeck Université, Paris Bruxelles, 1999
4. Martine Devries, Claudine Henri, Marie-Jeanne Martin, Nassir Messaadi, Bertrand Riff, « Le toxicomane bandit et le généraliste incapable », *Prescrire*, n° 301, p.871-872.
5. Ce texte est issu d'une commande pour un colloque.

Désobéidélince

■ Pierre Falk

SImmigration, SViolence, SDon, SBureaucratie

Pierre Falk, bénévole auprès des migrants à Calais, a été plusieurs fois en garde à vue. Il fait ici un plaidoyer pour la désobéissance civile.

À la limite, je n'ai pas forcément grand-chose à dire ni à justifier. C'est ainsi et pas autrement, je ne suis pas sûr d'avoir raison, mais ma vie et ma participation à la marche du monde sont ainsi. Et tant pis ou tant mieux si je suis en dehors des clous, le monde et ce qui le régit doivent changer. Je ne me considère pas comme au-dessus des lois, mais je pense qu'elles peuvent être éventuellement transgressées.

Je ne me considère pas comme un Juste, un Militant, un Humanitaire, un Droit-de-l'Hommeiste ou je ne sais quoi encore... Je ne suis pas croyant, je ne demande aucune louange, je n'agis pas par pitié ou Bon Sentiment, je ne suis pas l'Honneur de la France, je ne tire aucune fierté ni profit de ce que je fais, je mets même un point d'honneur à ne jamais demander aucune PAF¹. Juste un humain sur la Terre qui a un peu plus de chance que celles et ceux, tout près, qu'il lui est possible de rencontrer... essayant d'être là, attentif et « attentionné », préoccupé d'essayer de remettre du sens dans ce monde qui marche sur la tête justement parce qu'il a perdu le sens et le centre de ce qui est essentiel... Alors OUI, parmi d'autres choses, depuis plus de six ans, j'essaie d'aider autant que se peut des personnes, d'autres citoyens du monde à survivre un peu mieux momentanément en les hébergeant et en faisant tourner ma vieille machine à laver par exemple.

Ma petite maison (« *This House is your Home* ») est un temps de pause et de repos où des choses ÉLÉMENTAIRES et VITALES sont possibles :

- S'asseoir à une table pour manger ;
- Dormir son content dans du linge frais ;
- Se laver, se doucher, aller aux toilettes ;
- Prendre soin de soi, se coiffer, se maquiller, se raser ;
- Être protégé de la pluie, du froid, de l'angoisse et du stress quasi-permanents ;
- Regarder des mappemondes, échanger des informations ;
- Parler, rencontrer, (se) dire, créer du lien ;
- Cuisiner, jouer, rire.

Pour ces quelques moments de vie volés à l'adversité, je ne me considère pas comme un délinquant, peut être comme un désobéissant, et eux, je ne les considère pas comme des sans-papiers, encore moins comme des délinquants. D'accord, ce sont des illégaux, des irréguliers, mais avant tout des migrants qui n'ont pas d'autre choix que de fuir des pays en guerre, liberticides ou ravagés par des crises économiques endémiques en rêvant d'une vie meilleure : « *What else shall I do ?* ». Après des traversées de terres, de déserts, de mers pour le moins très difficiles que l'on ne souhaiterait à personne, ils-elles arrivent ici dans cet espèce de cul-de-sac tenant du cul-de-basse-fosse... Ils y stagnent plusieurs semaines, voire plusieurs mois dans des conditions de vie que là aussi on ne souhaiterait à personne (imaginez-vous,

essayez de ressentir : ne pas vous être douché depuis plus de deux mois). Ils essaient de se frayer un passage dans la nasse, de trouver une faille dans la forteresse Europe... Alors oui c'est vrai, il y a des arnaqueurs, des gens peu fréquentables, des mafias qui prospèrent sur leur dos, un système généré par l'argent-roi, mais aussi l'immense fracture Nord-Sud, l'absence de politique migratoire ouverte, digne, respectueuse, l'hypocrisie anglaise, la nôtre. Il y a aussi, et je tiens à le dire, des « fermeurs de portes » humains et corrects. S'il n'y avait rien, ce serait le désespoir, ces méthodes sont en quelque sorte un mal nécessaire.

Par ailleurs je ne m'associe pas vraiment à cette façon exagérée, disproportionnée (mais qui finalement peut être productive) de crier haro sur le baudet, d'hurler à la milice ou au fascisme, d'oser des comparaisons qui n'ont pas lieu d'être. Ma garde à vue, celle-là et les précédentes, s'est bien passée, j'ai eu affaire à une police correcte, qui fait le travail qu'on lui demande de faire, à des interrogatoires courtois et professionnels. Peut-être cette bienséance est-elle due au fait que je sois en situation régulière, citoyen européen, blanc, normal quoi... M'agacent juste un peu les petits sourires narquois : « Ah monsieur l'humaniste, vous êtes un doux rêveur, le monde est ce qu'il est et vous ne pourrez rien y changer ». Mais me révoltent et m'atteignent toujours avec force des pratiques indignes, inadmissibles, injustifiables ! Que penser de ce que l'on cherche en relâchant un migrant dans une jungle « ennemie », faits qui semblent se produire ces jours-ci.

« Face à une certaine forme de "barbarie", eh bien, moi je crois que ces petits gestes sont bienvenus et gênent l'avance du barbelé ! »

Face à ce qui nous est reproché, à nous, bénévoles (la solidarité ? la complicité ?), nous mettre sous écoute téléphonique, sous surveillance, mettre en route de telles procédures intimidatoires, coûteuses qui plus est, ne sert pas à grand-chose. Face à la

moquerie, à la fatalité, à une certaine forme de « barbarie », eh bien, moi je crois que SI ! Ces petits gestes et gouttes d'eau, les miennes et celles de milliers d'autres (celles par exemple de ces Mamies qui tricotent des bonnets) sont bienvenus et gênent l'avance du barbelé ! *Yes we can* : avançons, nous n'avons pas encore tout perdu de ce qui nous fait grandir.

Tout en ne le criant pas sur les toits, je sais ce que je fais et je saurai quoi répondre si l'on venait m'interpeller à nouveau. Tout en essayant de mettre un bémol, si jamais l'occasion de croiser le chemin d'une jeune femme voulant se refaire une beauté ou d'un homme à la jambe cassée (si mes finances me le permettent, ce qui est très loin d'être le cas), ma maison restera ouverte. À tout ce peuple sans manteau ni paroles (son malheur, le savez-vous, a aussi notre visage), mon entraide restera acquise.

« Cours camarade, le vieux monde est derrière toi », comme le dit le slogan ;
 « Ventre affamé n'a pas de papiers », comme le dit le proverbe ;
 « Tout toujours du Monde est à remailler », comme le dit le poète. ■

■
 1. PAF : Participation Aux Frais et non Police Aux Frontières.



Qui veut la peau des génériques ?

■ Anne-Marie Servier, (im)patiente

SMédicament, SMutuelle, SFirmes pharmaceutiques

Au cours des années 2009-2010 aura lieu la plus grande vague d'expiration de brevets pharmaceutiques jamais observée sur le marché français et mondial. La perte de profit qui en résultera explique peut-être l'intensité du débat sur l'efficacité, la sécurité et l'intérêt économique des médicaments génériques¹.

Alerte ou dénigrement ?

À propos des « génériques », s'interroger sur la qualité des médicaments ou la réalité de la bioéquivalence est légitime. On peut cependant constater dans le débat actuel l'usage de caricatures, de raccourcis abusifs, d'amalgames et de généralisations, qui donnent à leurs auteurs l'allure de lobbyistes en campagne de dénigrement plutôt que de lanceurs d'alerte soucieux d'informer.

L'amalgame entre générique et contrefaçon est ainsi entretenu. Le Pr. Yves Juillièrre, cardiologue au CHU de Nancy et incontestable leader de ce mouvement, intitule notamment un de ses articles « Les génériques : une vraie copie ou une mauvaise contrefaçon ? »². Le Dr Eric Gibert, dans son blog³ exclusivement dédié aux génériques, cite pêle-mêle le scandale des héparines chinoises, la forte pénétration du marché russe par la contrefaçon, et la découverte d'un « laboratoire » clandestin dans la région lyonnaise. Tout cela fait froid dans le dos, mais on peine à voir le moindre lien avec les génériques. L'auteur ne s'y aventure d'ailleurs pas. L'essentiel serait-il d'effrayer le lecteur ?

Y a-t-il un problème d'excipients ?

Même approche avec la question des excipients, largement mise en avant par les détracteurs des génériques. Les excipients à effet notoire (EEN) sont ainsi régulièrement présentés comme un risque important et spécifique des génériques. Leur présence serait plus massive dans les médicaments génériques, et le ramipril est ainsi cité en appui de cette thèse⁴. Pourtant, sur la foi du répertoire des génériques maintenu par l'AFSSAPS, il apparaît que pour huit inhibiteurs de l'enzyme de conversion (médicaments anti-hypertenseurs) sur dix, les génériques présentent les mêmes voire moins d'EEN que la spécialité de référence. Quant à faire du lactose une menace pour la santé publique...

L'enjeu principal des excipients est ailleurs. En effet, parmi les brevets qui protègent un médicament en voie de générification figure non seulement le brevet du principe actif, mais aussi toute une grappe de brevets (jusqu'à 1 300⁵) portant sur divers aspects du processus de fabrication. La difficulté consiste alors pour le génériqueur à développer une méthode de fabrication qui aboutisse à un produit suffisamment proche du princeps pour passer les tests de bioéquivalence, et néanmoins suffisamment différent pour limiter le risque légal lié à la propriété industrielle des divers aspects du processus de production.

Exiger des génériques une composition absolument identique jusque dans les excipients (à effet notoire ou non), ainsi que le demandent ces leaders d'opinion, est en réalité très lourd de conséquences. Cela reviendrait pratiquement à réserver le marché aux auto-génériques produits par les compagnies princeps et leurs filiales. L'intérêt sanitaire d'une telle règle est difficile à évaluer, mais son intérêt commercial pour l'industrie princeps est patent.

Pas plus de délocalisations

Les médicaments génériques seraient censément « fabriqués à bas coût en Inde et en Chine ». Là encore, on peut se demander si l'objectif n'est pas de faire peur, car la situation réelle est étonnamment à l'opposé de ce cliché : ainsi que le note le rapport sectoriel de la Commission Européenne, les producteurs de génériques, de taille plus modeste que les compagnies princeps, produisent localement, là où elles commercialisent, a contrario des compagnies princeps dont « la plus grande part de la production est localisée hors UE »⁶.

De surcroît, moindre prix ne veut pas dire moindre qualité. Comme le rappellent Stan Finkelstein et Peter Temin dans leur dernier ouvrage, la fabrication en elle-même d'un médicament ne coûte pratique-

« L'amalgame entre générique et contrefaçon est ainsi entretenu. »

ment rien, seulement 21 % du chiffre d'affaire ⁷. Exemptés des frais de marketing comme de recherche, qui représentent en Europe respectivement 23 % (40 % pour les fabricants américains) et 17 % du prix départ d'usine des médicaments princeps, les génériqueurs ne sont nullement contraints de rogner sur la qualité de la fabrication ou de délocaliser pour parvenir à des prix de vente inférieurs de 50 %, tout en se ménageant une bonne rentabilité. Biogaran, qui produit 95 % de ses spécialités en Europe, a ainsi dégagé un EBE (excédent brut d'exploitation ⁸) de 13 % en 2007, tout à fait confortable.

Résumons : les médicaments génériques seraient des médicaments produits à bas prix, de provenance douteuse, suspectés de contrefaçon, lestés de nombreux EEN, autorisés à la légère. Mais venons-en au principal : sont-ils néanmoins efficaces ? Sont-ils sûrs ?

Le doute sur l'efficacité et/ou les effets secondaires

Le leader de la polémique fait état de « milliers d'exemples d'effets secondaires indésirables chez [ses] patients », parfois graves. Or, en dépit de la gravité des cas cités, et de la loi qui fait de la pharmacovigilance une obligation des professionnels de santé, l'AFSSAPS confirme n'avoir reçu aucun signalement de la part du professeur ⁹. Pourtant, l'une des revendications du même professeur est d'instaurer une pharmacovigilance spécifique pour les génériques. L'incohérence de la démarche jette dès lors le doute sur ses motivations.

Une campagne orchestrée par l'industrie ?

Pour la Mutualité Française ou l'Ordre des pharmaciens, par ailleurs assurément pro-génériques, cela ne fait aucun doute ¹⁰. Il est remarquable que la résurgence périodique du débat sur les génériques coïncide avec les grandes vagues de générification, et tombe encore une fois à pic pour certains laboratoires. Le fait que le débat se développe particulièrement en France et cible la cardiologie semble plaider en faveur de cette interprétation. Pour le leader français Sanofi Aventis, 2008 est en effet une année charnière : trois de ses cinq principales ventes, représentant la moitié de son chiffre d'affaires, toutes dans le domaine cardiovasculaire, sont en voie de générification :

Plavix® (clopidogrel, 2,6 milliards d'euros de chiffre d'affaires en 2008) représente près de 20 % du chiffre d'affaires et un quart des bénéfices du laboratoire. Plusieurs génériques ont été mis sur le marché allemand cet été, et le DuoPlavin® (clopidogrel+aspirine), le princeps censé prendre la relève n'est pas prêt.

Lovenox®, héparine de bas poids moléculaire (enoxaparine, 2,7 milliards d'euros de chiffre d'affaires en 2008), est en passe d'être générique aux États-Unis suite à un revers judiciaire du laboratoire en 2008. Enfin l'EMA a autorisé en septembre 2008 un générique d'Aprovel® (irbesartan, 1,2 milliards d'euros de chiffre d'affaires en 2008).

Deuxième acteur français, Servier, bien que leader du marché français des génériques (Biogaran) a éga-

.../...



Qui veut la peau des génériques ?

.../... lement connu une année 2008 difficile avec les génériques de son médicament phare Coversyl® (perindopril). En octobre, le laboratoire a été condamné par la justice britannique à verser 17,5 millions de livres de dommages et intérêts au génériqueur canadien Apotex pour lui avoir opposé un brevet finalement jugé invalide, et avoir ainsi écarté du marché les génériques pendant plus d'une année. Servier jouissait de même jusqu'en 2008 d'une paix royale sur le marché français, les ventes de perindopril générique (hors Biogaran) atteignant avant cette année le montant inouï de... 37 euros (source Medicam) ! Une perte de confiance dans le générique serait donc pour l'industrie princeps française particulièrement bienvenue en ce moment. Le rapport préliminaire de l'enquête sectorielle lancée par la Commission Européenne paru simultanément le confirme : « Mettre en doute la réputation des producteurs de génériques et leurs produits peut être un outil supplémentaire à disposition des compagnies princeps, en particulier lors du lancement d'un concurrent générique [...] Des campagnes de marketing peuvent être organisées, avec pour message principal que les produits génériques sont moins sûrs, moins efficaces et de qualité inférieure ¹¹. »

Des médecins en conflit d'intérêts

Quel est le rôle des médecins dans cette affaire ? Relais d'opinion complaisants de l'industrie, comme l'affirme Jean-Pierre Davant ¹², ou authentiques lanceurs d'alerte ?

Il est bien entendu impossible de trancher. On peut néanmoins regretter dans ce débat le non respect de l'article 26 de la loi Kouchner (article L4113-13 du CSP) ¹³. La déclaration en toute transparence des liens d'intérêts des médecins aurait sans doute accru la qualité du débat. Car les cardiologues hérauts de cette campagne ¹⁴ ne sont-ils pas en conflit d'intérêts lorsqu'ils incriminent les médicaments génériques, au moment même où les molécules pour lesquelles ils ont rendu des prestations rémunérées sont visées par la générification ? ■

1. <http://www.pharma-is-business.com/2009/02/les-big-pharma-dans-le-rouge-qui.html>
2. « Les Génériques : vraie copie ou mauvaise contrefaçon ? » in *La minute du Pr Y. J., Consensus Cardio*, n° 33, novembre 2007.
3. <http://blog.doccheck.com/fr/archive/64-Le-sujet-est-devenu-dune-brillante-actualit-Rponses-pratiques-propose.html>
4. <http://www.afssaps.fr/Afssaps-media/Publications/Repertoire-des-medicaments-generiques>
5. http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/preliminary_report.pdf *Pharmaceutical sector inquiry – Preliminary report-European Commission*, nov 28, p. 401. <http://ec.europa.eu/>

6. *Ibidem* § 60, .37 (princeps), §68 page 39 (génériques).
7. Comptes sociaux 2007, déposés au registre du commerce et des sociétés de Nanterre.
8. EBE: Excédent Brut d'Exploitation, c'est un des ratios financiers les plus utilisés aujourd'hui, correspondant à la marge brute avant impôts. Le résultat net, tous frais et impôts payés, de Biogaran est de 7,75 %, supérieur à celui de la maison mère Servier, qui déclare 3,25 %. Mais il est possible que ce soit le résultat d'une optimisation fiscale entre filiales françaises et étrangères, ce que Biogaran ne peut pas faire étant très concentré sur le territoire français.
9. Fabienne Bartoli, Directrice Générale Adjointe de l'AFSSAPS, citée par *Le Républicain Lorrain*, 17/01/2009.
10. Gilles Bonnefond, président délégué de l'Union des syndicats des pharmaciens d'officine (Uspo), *La Croix*, 20/11/2008.
11. *Pharmaceutical sector inquiry – Preliminary report – European Commission*, nov 2008, p.314, § 897.
12. « Plusieurs firmes pharmaceutiques ne voient pas arriver d'un très bon œil les années 2009 et 2010, car des molécules réalisant un chiffre d'affaires de plus de deux milliards de dollars par an vont tomber dans le domaine public, ce qui permettra de fabriquer des génériques, analyse Jean-Pierre Davant. J'ai aujourd'hui le sentiment que ces laboratoires arrivent à trouver des relais d'opinion auprès de certains médecins qui véhiculent leur message avec complaisance », *La Croix*, 20/11/2008.
13. *Pratiques*, n° 37/38, juillet 2007, p.116, Martine Devries « Une décision hâtive : 5 ans ». Voir aussi www.formindep.org
14. Le Pr. Yves Juillièrre a été rémunéré notamment par BMS-Sanofi en tant qu'investigateur coordonnateur de l'étude I-PRESERVE (Aprovel®) consultant pour l'étude TACTIC (Plavix®), et animateur de « nombreuses conférences nationales, internationales et locorégionales » sur l'Aprovel®, et rémunéré par Pfizer en tant que conférencier (sans précision de produit).
Les liens d'intérêts du Pr. Nicolas Danchin sont, dans le cadre de la Commission de la transparence de la HAS, jugés suffisants pour qu'il ne prenne pas part aux votes portant sur Coversyl® et Lovenox®. Le Pr. Danchin a en outre été rémunéré par Sanofi-Aventis en tant que consultant sur Plavix® et conférencier, et par Pfizer en tant que consultant sur Amlor®, Lipitor® et Caduet®, et conférencier. Il déclare par ailleurs des rémunérations perçues des laboratoires Servier en tant que consultant, conférencier, et rédacteur d'un rapport d'expertise.
Le Pr. Xavier Girerd, qui met en cause plus particulièrement les antagonistes calciques génériques, est un consultant du laboratoire Pfizer sur Amlor®/Caduet®. Il est par exemple intervenu devant la commission publicitaire de l'AFSSAPS en tant que « représentant des laboratoires Pfizer » pour défendre un document publicitaire litigieux vantant Caduet®. Il a également été rémunéré par Sanofi et BMS en tant que consultant, membre de board sur l'Aprovel® et conférencier. Il a enfin été rémunéré par les laboratoires Servier en tant qu'investigateur principal pour le Coversyl®.
Le Pr. Yves Cottin a perçu des rémunérations de Sanofi en tant que co-investigateur dans le domaine des anti-Xa (auquel appartient Lovenox®) et conférencier, et de Servier pour une « activité régulière » en tant qu'expert, ainsi que pour des interventions ponctuelles en tant que conférencier.

Cancers chez l'enfant

Jean-Pierre Lellouche, médecin pédiatre

§Enfant, §Prévention, §Firmes

L'augmentation du nombre de cancers chez l'enfant, en Italie, permet d'aborder différentes questions : la pollution, la prévention, quelles mesures prendre, pour le bénéfice de qui ?

Le journal italien *l'Espresso* a publié un article sur les cancers chez l'enfant. Cet article est annoncé sur la une du journal avec la photo d'un enfant sous le titre « Dioxine et tumeurs SOS enfants » et en sous-titre « Rapport choc sur les enfants atteints de cancer. En Italie, ils sont deux fois plus à être atteints que dans le reste de l'Europe. Des Marche à l'Emilie, de la Sardaigne à la Campanie. Les causes : Pollution et alimentation. »

Dans les pages intérieures, quelques titres et paragraphes en gras méritent d'être signalés.

- 1. Les cancers de l'enfant augmentent de deux pour cent chaque année en Italie. Avec des pics effrayants à proximité des zones industrielles ou polluées. Cela est dû au smog et aux pesticides. Et aussi à la contamination de la chaîne alimentaire.**
- 2. Des études faites dans la région de Mantoue et dans la Vénétie mettent en évidence que plus il y a de dioxine dans la zone, plus les enfants sont atteints de sarcomes.**
- 3. Les experts demandent de décontaminer les écoles. Et d'éliminer certains détergents et agents chimiques.**

Umberto Veronesi signe un article intitulé « Sauvons-les avec un monde propre ». L'article commence ainsi « Au début du xx^e siècle, les tumeurs étaient relativement rares, trois personnes sur cent mouraient de cancer. Aujourd'hui, c'est trente-cinq pour cent. Il est vrai que le cancer est une maladie dégénérative et qu'il est normal qu'il y en ait plus à mesure que la durée de la vie s'allonge. Mais pourquoi les enfants et les adolescents deviennent-ils malades ? Pourquoi les tumeurs sont-elles en augmentation à l'âge pédiatrique ? »

Les différents articles sont mesurés, ils proposent quelques pistes d'action et de recherches épidémiologiques simples. Mais l'un des articles, qui est lui aussi convaincant et argumenté, a un titre et un sous-titre qui font froid dans le dos : « *Lasciate che si ammellino Qualcuno ci guadagnerà* » dit le titre

(Laissez-les devenir malades. Certains en tireront profit). Et le sous-titre « *Il governo ha tolto la prevenzione dalla sua agenda. E le lobby trionfano* » (Le gouvernement a supprimé la prévention de son programme. Et les lobbies triomphent).

On y apprend dans une interview de Donato Greco (qui était jusqu'à il y a quelques semaines directeur du centre pour la prévention et le contrôle des maladies au ministère de la Santé) que la prévention primaire est de plus en plus délaissée au profit de la « prédiction clinique ». En d'autres termes, on fera de moins en moins d'effort pour améliorer l'environnement, mais on s'attachera de plus en plus à ce que tous les Italiens puissent bénéficier, s'ils sont malades et lorsqu'ils sont malades, d'un diagnostic précoce. Et Donato Greco pense que ce revirement est facile à comprendre : « Il suffit de voir comment sont organisés les comités consultatifs du ministère de la Santé : il y a une présence déterminante de pouvoirs forts (industrie pharmaceutique, agences de biotechnologie, cliniques privées), alors qu'il y a très peu de place pour les représentants de la santé publique et des régions. »

P.-S. : deux éléments concrets dans ces articles :

1. Diminuer la pollution dans les écoles en évitant l'usage des détersifs contenant des solvants aromatiques et éliminer les matériaux qui dégagent du formaldéhyde.
2. Établir une carte géographique des rues des maisons, mais aussi des lignes électriques des industries des zones de trafic intense et la superposer à la carte de la population pour savoir où vivent les gens par rapport aux champs magnétiques, à de possibles pollutions atmosphériques, à des décharges de produits toxiques. Savoir comment ils vivent et ce qu'ils mangent. Établir ainsi une « cartographie de l'inconnu », « cartographie de l'ignoré. » ■

en écho au dossier

— Michel Agier,

Gérer les indésirables, Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire,

Flammarion, Bibliothèque des savoirs, 2008

Ce livre de Michel Agier est un véritable outil politique pour donner à penser l'humanitaire, à partir de son expérience d'anthropologue. Il s'achève sur une référence implicite au *Si c'est un homme* de Primo Lévi, pour laisser entr'apercevoir, derrière les réalités contemporaines de « l'encampement », le référent spectral des camps.

Les camps de réfugiés y sont donc présentés comme le cœur du dispositif humanitaire, dans toute son « inquiétante ambiguïté ». Et ce dispositif est lui-même inclus dans les processus de globalisation, que l'auteur interroge, à partir de son expérience de terrain, comme un véritable « gouvernement humanitaire ». La force du livre est de produire des concepts rigoureux qui permettent l'analyse, tout en donnant, et plutôt justement parce qu'il donne, la parole aux réfugiés eux-mêmes. En laissant parler les situations concrètes auxquelles ils sont affrontés, il fait un sort aux représentations victimaires des migrants, et leur rend par là le statut d'interlocuteurs qu'ils revendiquent, face à des puissances humanitaires qui, prétendant les sauver, tendent d'abord à les réifier.

Il montre en particulier comment le statut même de « vulnérables », auquel ils sont réduits par la nosographie onusienne, peut se retourner en revendication critique contre les agences elles-mêmes. De fait, le gouvernement humanitaire, dont le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) est la figure tutélaire, est présenté ici comme un système de pouvoir, dont le rôle protecteur est subverti en fonction policière : il définit, classe, fait le tri des personnes en fonction des catégories ; et cette classification (en déplacés, sinistrés, retenus, déboutés) définit le sort qui leur est réservé. Comme l'écrit Agier, « tout acte de nommer ou de dénombrer est un fait politique ».

Le gouvernement humanitaire produit ainsi, à partir de la catégorie des situations d'exception, des espaces d'exception, qui sont des zones non pas de non droit, mais de droit d'exception, où « les atteintes au droit font le quotidien de la vie ». En ce sens, l'espace humanitaire devient lui-même un espace de violence où les sujets sont exposés à l'arbitraire et aux abus de ceux qui les gèrent. L'identification victimaire, comme moyen de contrôle, devient de ce fait même aussi un moyen de domination.

Mais l'ouvrage ne se contente pas de débusquer les illégitimités d'un gouvernement humanitaire consensuellement légitimé, en montrant en particulier le HCR faisant intervenir la police qui ouvre le feu contre les réfugiés birmans en Inde, ou contre les réfugiés soudanais en Égypte. Il montre aussi comment l'exclusion de la citoyenneté et de l'espace public pousse de ce fait même les réfugiés à des initiatives de repolitisation. Il les définit à la fois comme revendications contre le gouvernement humanitaire, et comme conquête des fonctions de représentation à partir d'une prise de parole. C'est la réponse des « vulnérables » eux-mêmes à cette « utopie, qui, paradoxalement, est en train de tuer la solidarité internationale après avoir voulu la réinventer ». —

Christiane Vollaire

en écho au dossier

- **Jean-Christophe Ruffin,**
Un Léopard sur le garrot, chroniques d'un médecin nomade,
Gallimard, 2008
- **Pierre Péan,**
Le Monde selon K.,
Fayard, 2009

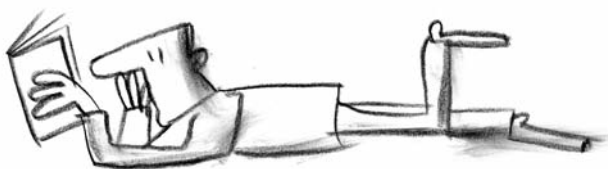
Deux ouvrages, pourtant bien différents, nous livrent, intentionnellement ou non, le solde de tout compte de cet âge d'or des sémillants *french doctors* des années quatre-vingt. L'un sur Bernard Kouchner, l'autre de Jean-Christophe Ruffin. Et quelque chose y respire un crépuscule. L'un, ministre des Affaires étrangères de la droite française, vient de nommer l'autre ambassadeur au Sénégal. Et tandis que Pierre Péan, journaliste d'investigation, dénombre, avec une impitoyable précision, les malversations et collusions d'intérêt du ministre qui a fondé l'humanitaire médiatique des années soixante-dix, Ruffin, de son côté, s'emploie prématurément à tresser, d'un geste désabusé, des couronnes mortuaires à son expérience humanitaire.

Ce qu'il appelle « politique » se réduit en effet à ces jeux de pouvoir ministériels, qui trouvent un écho dans les jeux de pouvoir associatifs. Une parade vaine, s'ouvrant sur un « Il va pleuvoir excellence », qui fait écho au célèbre ouvrage hagiographique de la bibliothèque rouge et or de la fin des années soixante // *est minuit, Docteur Schweitzer*, destiné, par l'héroïsation du médecin colonial, à drainer les premiers fonds autour du mouvement caritatif. Un parfait exemple de cet oxymore si bien répandu qu'est le narcissisme humanitaire.

L'auteur nous fait part de ses belles aventures, de ses naïvetés, de ses ennuis, de sa passion pour la littérature et la beauté des territoires exotiques, avec la même dignité impavide qui lui fait traverser Sarajevo assiégée ou le génocide rwandais : des épisodes annexes dans un milieu indifférencié dont il est le centre. Pas le début d'une présence humaine hors de la sienne. Sur les terrains de ses missions, à peine l'évocation d'odeurs ou de successions de corps. Et la même indifférence au politique en mission humanitaire, en attaché de ministère, en copain de responsables militaires ou en ambassadeur. Un récit de facture assez académique, sans l'ombre d'une conviction ou d'une analyse, sans l'intensité de la moindre présence. Après le prix Goncourt et l'ambassade à Dakar, la prochaine étape devrait, en toute logique, être l'Académie française.

S'il fallait une illustration des effets délétères de ce « piège humanitaire » qui faisait avec raison le sujet de son premier livre en 1986, cette dernière publication pourrait en faire office. Pas la trace d'un engagement, d'une inquiétude. Seulement la croyance en une sorte de destin personnel, dont la violence du monde serait le faire-valoir. Il semblerait que, quand on a côtoyé le ministère des Armées et ses terrains d'intervention, au moment de l'opération Turquoise au Rwanda, ou de l'abandon des civils à Sarajevo, une forme, même minime, de malaise, devrait plutôt être de rigueur. ■

Christiane Voltaire



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Eve Léothaud et Dr Ph.Chasserant, *L'im-patiente*, Balland DL, 2002

Quatre mains décrivent, chacune de leur point de vue, les étapes marquantes de leur rencontre liée à la maladie. Au début domine la technique, celle du chirurgien intervenant sur une occlusion intestinale. Puis des émotions se mêlent aux décisions techniques, des questions se posent au chirurgien devant la stomie imposée par ce cancer colique métastaté. Se révoltant contre cette « maladie de merde », il essaie d'entrer en communication avec sa patiente. Celle-ci prend alors, tout au long de la maladie métastatique, une place croissante dans l'écrit, nous livrant, à son corps défendant, son expérience hospitalière.

Eve est une impatiente avec « des révoltes à faire des manifs ». Pour elle, atteintes à la pudeur et situations humiliantes sont légion : la honte à avouer ma maladie (pour la toilette), être toujours à la merci d'une manifestation intempestive de la stomie, l'inévitable trépidant porteur de poches à perfusions qui vous rappelle, hélas, à chaque pas votre cruelle dépendance ; la tristesse du lieu. Elle souligne : « Certes, tout est justifié, mais pas de s'appesantir » en particulier « Et ce transit ça va ? », cette formule lancinante et pesante, répétée comme un leitmotiv par toutes les bouches, toutes bien intentionnées. Dans cette phrase, tout est dit : les soignants pour qui le transit est objet de toutes les préoccupations (mais lever leur crainte mortelle libère leur parole et leur écoute) ; la patiente pour qui évoquer le transit est atteinte à sa pudeur, et la ramène à un stade infantile, voire animal (la stomie « porter ses selles sur son ventre »). Quel langage utiliser pour ne pas aggraver ces blessures de l'image corporelle ?

L'im-patiente survit : « Petit à petit, j'apprends la vie d'hôpital, le rituel du matin, celui du soir, succédanés de la vraie vie auxquelles je m'accroche. » L'aident son

externe, allemand, avec qui elle peut parler la langue qu'elle enseignait ; l'atmosphère si détendue lors de la pose redoutée du PAC où « mes rires finissent par perturber un peu la tâche », « un tas de coussins bleus » pour l'aider à s'allonger et des échanges avec le cancérologue aux « goûts littéraires et musicaux en harmonie » qui « me permettent d'affronter ces séances si rebutantes » de chimiothérapie. Par elle, la communication s'ouvre entre spécialistes à condition qu'ils sortent des dossiers de maladie et qu'ils partagent, entre humains à visage découvert, leurs passions du monde extérieur à la maladie et à l'hôpital.

Ce livre est à lire pour entendre la voix de l'autre, celui qui existe en dehors du statut de malade dans lequel il est « tombé » ; découvrir que la médecine, avec son cortège de savoirs techniques, fait écran entre médecins et malade alors que ce dernier a seulement besoin, parfois, pour vivre, de partager un peu de cette commune humanité. C'est en essayant de parler cette langue de l'autre que nous pourrons inventer ensemble les moyens pratiques propres à répondre à ses besoins singuliers. Bien sûr, à chaque fois, cela dépend des histoires de chacun, de ce que nous avons appris à connaître de nos propres blessures liées à nos expériences antérieures de malades, de nos rencontres avec des soignants bienfaisants. Cela dépend aussi du modèle historique sur lequel s'est et se constitue chaque catégorie de soignants. Mais, au-delà des modélisations, derrière la maladie, un être humain essaye de se raccommode avec son corps. Le regard et l'écoute peuvent être moyen de « ne pas en rajouter sur la maladie », de trouver des moyens pratiques pour que le malade « puisse vivre et non seulement survivre ». —

Anne-Marie Pabois



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Dominique Huez, en collaboration avec Nicolas Jones-Gorlin,
Souffrir au travail, Comprendre pour agir, Éditions Privé, 2008

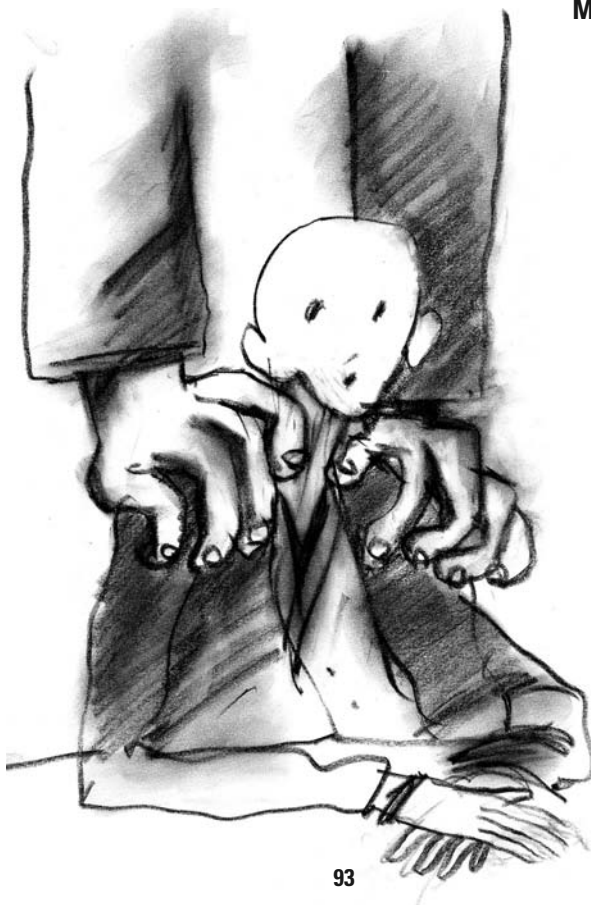
Dominique Huez nous parle de la souffrance au travail à partir des récits de vie professionnelle de travailleurs de « l'Entreprise ». L'Entreprise, c'est la centrale nucléaire où il est médecin du travail depuis trente ans, mais aussi « toutes les entreprises, leur organisation, leur fonctionnement effroyablement normaux ». Partant de la problématique des suicides d'adultes, pour lesquels le travail est, une fois sur quatre, l'élément explicatif essentiel, il questionne l'organisation du travail, le « management » moderne, les restructurations et tout particulièrement le recours à la sous-traitance qui sont responsables d'altération de la santé des travailleurs.

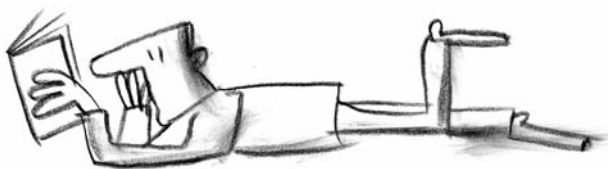
Il interroge l'ambiguïté du métier de médecin du travail et affirme son choix professionnel : prévenir et dépister les altérations de la santé dues au travail et non pas sélectionner des salariés adaptés aux contraintes du travail.

C'est l'écoute, au cours des consultations, qui permet au médecin du travail de repérer les souffrances physiques et psychiques et de faire avec les travailleurs le lien entre ces souffrances et l'organisation de leur poste ou de leur service. Ce lien permet de déboucher sur une fonction d'alerte du collectif des travailleurs et d'avertissement des employeurs. Faire ce lien permet de sortir des stratégies de réponse à la souffrance individuelle (intervention de psy, numéros verts d'appel...) qui ont la faveur des employeurs puisqu'elles évitent de remettre en cause l'organisation du travail.

Loi de s'arrêter à un constat démoralisant, ce livre incite chacun de nous à agir collectivement pour ne pas « perdre notre vie à la gagner ». —

Marie Kayser





Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— **Naomi Klein**, traduit par Lori Saint Martin et Paul Gagné, *La stratégie du choc, La montée d'un capitalisme du désastre*, Éditions Leméac/Actes Sud 2008

Comment la poussée du néo-libéralisme, depuis les années 1950 jusqu'à 2007, a-t-elle été possible et comment s'est-elle opérée ? C'est à ces questions que ce livre propose des réponses.

Le néo-libéralisme repose sur les travaux de l'économiste Milton Friedman et l'École de Chicago, qui a démontré avec une grande logique et des modèles mathématiques convaincants que l'intervention de l'État dans l'économie conduit inmanquablement à diminuer la richesse (financière) produite. De cette théorie découle le « consensus de Washington » : privatisation des sociétés d'État, déréglementation ou libre-échange et réduction drastique des dépenses gouvernementales (notamment éducation, santé et protection sociale). La répartition des richesses ainsi produites doit se faire naturellement, les dépenses des riches finissent par profiter aux pauvres et l'enrichissement est général, c'est le principe de « percolation ». La liberté individuelle est promise à chacun, l'augmentation vertigineuse des inégalités est passée sous silence.

La mise en œuvre de ces principes doit beaucoup aux travaux de Donald Ewen Cameron psychiatre à l'université Mc Gill de Montréal. Il s'appuyait sur une conception selon laquelle traiter des patients consistait, pour les débarrasser de leurs idées pathologiques, à créer un état de choc en utilisant des psychotropes à doses massives, le LSD et surtout des électrochocs très nombreux et rapprochés, puis à reconstruire par la suggestion. Ces pratiques ont duré de 1950 à 1963, subventionnées par la CIA qui s'intéressait au « lavage de cerveau ». Des manuels encore en vigueur dans cette agence sont basés sur ces travaux.

Les études réalisées lorsque les anciens « patients » ont demandé des dédommagements ont révélé que pour les

trois quarts d'entre eux, le « traitement » avait aggravé leur état. Mais à l'époque, le Dr D.Ewen Cameron jouissait d'un grand prestige, il avait d'ailleurs présidé l'Association Internationale de Psychiatrie.

Au travers de nombreuses situations analysées en détail et abondamment documentées (notamment les crises dans le cône sud de l'Amérique au cours des années 1970, dans l'Afrique du Sud post-apartheid, l'implosion de l'URSS, mais aussi la crise financière de 1997 en Asie, la guerre d'Irak, les suites de l'ouragan Katrina ou du tsunami de 2006), Naomi Klein montre comment des populations en état de choc n'ont pas pu s'opposer efficacement à des mesures ultra-libérales qu'elles n'étaient pas prêtes à accepter ou qu'elles avaient catégoriquement refusées peu de temps auparavant.

Dans cette logique, les gouvernements sous-traitent de plus en plus de missions à des entreprises privées et deviennent des « coquilles vides ». La mise en lumière de la création d'une multitude d'entreprises de sécurité et d'administration formant un « capitalisme du désastre » est autre point saisissant de cet ouvrage.

Pour Naomi Klein, la conférence de l'OMC à Seattle et surtout le refus de populations de subir de nouveaux chocs économiques en Argentine, au Liban, en Thaïlande peuvent faire penser que le néo-libéralisme est sur la défensive. Il faut préciser que ce livre a été écrit avant la crise boursière et économique.

Cet ouvrage révèle les perspectives redoutables d'un système où la liberté individuelle (rabattue sur une vision étroite de l'économie) conduit, pour sa survie même, à exacerber les différences et les conflits ce qui ne peut être arrêté que par un mouvement où le collectif est le garant de l'égalité de chacun. —

Chandra Covindassamy

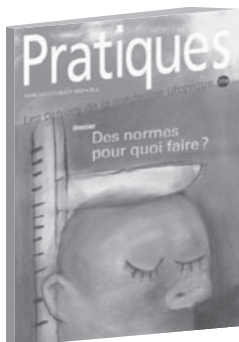
Numéros disponibles

Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement

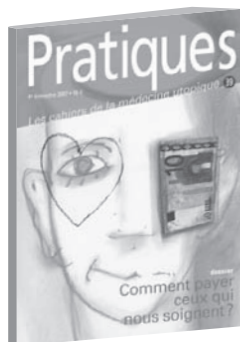
- | | | |
|---|---|--|
| N° 1 : La société du gène | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort | N° 19 : La vieillesse, une maladie ?
<i>(épuisé)</i> |
| N° 2 : La souffrance psychique
<i>(épuisé)</i> | N° 12 : L'information et le patient | N° 20 : La santé des femmes |
| N° 3 : Penser la violence | N° 13 : La médecine et l'argent | N° 21 : Le médicament, une marchandise
pas comme les autres |
| N° 4 : Santé et environnement | N° 14/15 : Profession infirmière
<i>(prix 16,80 €)</i> | N° 22 : La santé, un enjeu public |
| N° 5 : La santé au travail | N° 16 : Les émotions dans le soin
<i>(épuisé)</i> | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu ! |
| N° 6 : Sexe et médecine | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu
<i>(épuisé)</i> | N° 24 : Le métier de médecin généraliste |
| N° 7 : La responsabilité du médecin | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ? | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre | | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine |
| N° 9 : L'hôpital en crise | | N° 27 : Faire autrement pour soigner <i>(épuisé)</i> |
| N° 10 : Folle psychiatrie | | |

Numéros à 14 €, 16 € et à partir du numéro 43 : 16,50 € + 1,50 € de frais de traitement

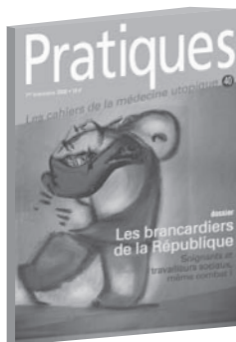
- | | | |
|--|--|---|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine | N° 32 : Le temps de la parole | N° 35 : Espaces, mouvements
et territoire du soin |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | N° 33 : L'envie de guérir | N° 36 : La place de sciences humaines
dans le soin <i>(épuisé)</i> |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin | N° 34 : Autour de la mort,
des rites à penser | |
| N° 31 : Justice et médecine | | |



N° 37/38 : Des normes pour quoi faire ? 25 €
(épuisé)



N° 39 : Comment payer ceux qui nous soignent ? 16 €



N° 40 : Les brancardiers de la République 16 €



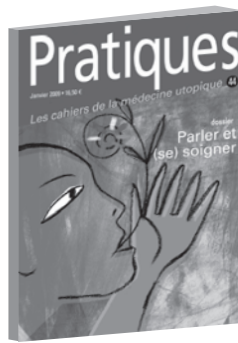
N° 41 : Redonner le goût du collectif 16 €



N° 42 : Les couples infernaux en médecine 16 €



N° 43 : Réécrire le soin, un pari toujours actuel 16,50 €



N° 44 : Parler et (se) soigner 16,50 €



N° 45 : Le confort au cœur du soin 16,50 €

Il est possible d'acheter les numéros 2, 16, 17, 19, 27, 36 et 37-38 épuisés sous forme de fichier .pdf, il vous suffit pour cela de télécharger le bon de commande sur notre site à l'adresse : www.pratiques.fr/bulletin-de-commande-des-numeros.html et de nous le renvoyer avec votre règlement.

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

E-mail

Bulletin d'abonnement ou de parrainage

Coordonnées de la personne qui s'abonne elle-même ou qui parraine :

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

Pour mon numéro offert, je choisis parmi ceux listés en page 95 :

Coordonnées de la personne parrainée :

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

Je choisis la formule suivante : > l'abonnement **classique** d'un an, soit 4 numéros (papier seul **OU** papier et pdf) :

- PAPIER : **57 €** au lieu de 72 €, soit plus de **20 % de réduction** par rapport à l'achat au numéro
- PAPIER et PDF : 57 € + 15 € = **72 €**

> l'abonnement à **tarif réduit** d'un an, soit 4 numéros (papier seul **OU** papier et pdf) pour étudiant, jeune installé de moins de 3 ans, demandeur d'emploi :

- PAPIER : **37,20 €** PAPIER et PDF : 37 € + 15 € = **52,20 €**

> l'abonnement de **soutien** d'un an, soit 4 numéros : **114 €**

Je peux payer :

par prélèvement automatique annuel, *reconduit automatiquement sauf résiliation de ma part par simple demande.*

Je joins mon autorisation de prélèvement et un RIB ou un RIP.

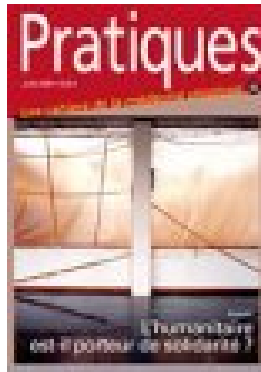
par chèque

En cas de nécessité, un étalement trimestriel des paiements est envisageable : consultez le secrétariat.

J'ai bien noté qu'un reçu me sera adressé à réception de mon règlement.

Autorisation de prélèvements

<p>J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier les prélèvements pour mon abonnement à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Je pourrai suspendre à tout moment mon service à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p> <p>IMPORTANT : merci de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) à votre autorisation.</p>	<p>Revue <i>Pratiques</i> 52 rue Gallieni 92240 Malakoff</p>	<p>Numéro national d'émetteur N° 523734</p>									
	Titulaire du compte à débiter										
	<p>Nom, Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p>										
	Nom et adresse de votre agence bancaire										
<p>Nom, Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p>											
Désignation du compte à débiter											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Codes</th> <th style="text-align: right;">Clé</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Établissement</th> <th style="text-align: center;">Guichet</th> <th style="text-align: right;">RIB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: right;"> </td> </tr> </tbody> </table>			Codes		Clé	Établissement	Guichet	RIB			
Codes		Clé									
Établissement	Guichet	RIB									



Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1) Dans cette version, les articles sont indexés par thème.

Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches. Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé figurant au sommaire index page 98, précédé de la marque de paragraphe §. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

2) Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : téléchargez un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.

Un bon logiciel pour cet usage est "Split and Merge" dont il existe une version en français. Il vous permet aussi bien de fractionner à votre guise votre fichier que d'en fusionner les pages que vous désignerez.

Consultez le tutoriel <http://www.pdfsam.org/uploads/pdfsam-tuto-fr.pdf>

Vous y trouverez les liens de téléchargement page 4. Une fois le logiciel installé et ouvert, à Réglages, choisissez la langue (french).

Pour extraire un article :

- Choisir le Module Fusion
- Cliquer sur Ajouter, et choisir le fichier pdf dont vous souhaitez extraire un article.
- Choisir « Sélection de pages » parmi les onglets du menu, en haut, à droite.
- Double-cliquer dans la case du dessous et indiquer les N° de page du début et de fin de l'article, séparés par un tiret.
- Fichier à créer : Choisir un dossier et nommer votre fichier à extraire.
- Décocher Remplacer le fichier existant
- Cliquer sur Exécuter et retrouvez le fichier extrait dans le dossier que vous aurez choisi.

Bonne lecture !

Sommaire-Index N° 46

Mot Clé	Page				
§Accès aux soins	29	§Formation initiale, Formation continue	70	§Inégalités, Exclusion sociale,	49
	34	§Gouvernement, politique, démocratie	22		56
	61		25		59
	63		35		63
	65		36		70
§Aménagement du territoire, Décentralisation, Soignants/territoires	19		38		71
§Bureaucratie	84		40	§Infirmière, infirmier	18
§Citoyenneté	15		42	§Information médicale	17
§CMU, AME	61		44	§Justice	19
	65		45		48
§Collectif	15		53		58
	19		61	§Logement, Banlieue, Politique urbaine	59
	29		67		70
	56	§Hiérarchie, Rapports médecins infirmières	18	§Luttes sociales, contestation	59
§Concurrence, Marché, Privatisation	51	§Humanitaire	22	§Manipulation	51
§Conflit d'intérêts	17		24	§Marché	49
§Contre-pouvoir	65		25	§Médecin généraliste	81
§Don	84		29	§Médecin spécialiste	34
§Drogue	81		44	§Médecine du travail	76
§Droits de L'Homme	15		45	§Médicament, firmes pharmaceutiques	17
	38		48		58
	44		59		70
§Droits de L'Homme, discriminations	67		61		73
§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné	76	§Immigration, Sans papiers	29		73
	78		34		86
			35		89
§Enfant, Périnatalité	78		40	§Mondialisation, OMC	40
	89		84		49
§Enfermement	35	§Inégalités, Exclusion sociale,	24	§Morale	53
§Environnement, Pollution, santé environnementale	19		36	§Mutuelle, mutualisme, mutualité	13
	75		38		86
			42	§Normes	53
§Ethnologie	25		45		
				§Partenariat	12
					13
				§Patronat, MEDEF	76
				§Pauvreté, minima sociaux, RMI, Revenu minimal	38
					44
					56
					65
				§Pays en voie de développement, Sous développement, Relations Nord-Sud	12
					13
					18
					22
					24
					48
					51
					58
				§Pratique médicale	36
				§Prévention	89
				§Protection sociale	63
				§Psychiatrie, santé mentale	71
					81
				§Psychisme	7
				§Santé publique	75
				§Société	42
				§Solidarité	12
					13
					15
				§Subvention	56
				§Travail, Conditions de travail	7
					72
					72
					76
				§Violence	67
					84