

Trop, jamais assez

Le soutien social chez MSF

Jacob Burns

2023

Remerciements

Tout d'abord, merci à Rony Brauman et Caroline Izambert qui ont suivi de près ce travail et m'ont grandement aidé dans sa conception et son élaboration, tout en m'encourageant et en me soutenant avec amabilité. Ensuite, merci à Judith Soussan qui a eu la malchance d'occuper le bureau voisin du mien et vers qui je me suis souvent tourné dans les moments de confusion ou de frustration. Vous m'avez beaucoup aidé. Troisièmement, je remercie tous les membres du CRASH, qui ont lu plusieurs fois les versions préliminaires de ce projet et ont fourni des commentaires très utiles qui ont contribué à faire de ce travail ce qu'il est aujourd'hui.

Je tiens également à remercier toutes les personnes qui ont pris le temps d'être interviewées dans le cadre de ce projet, ainsi que tous ceux qui, au siège et dans les missions, ont facilité mes visites sur le terrain.

Enfin, un grand merci aux équipes de Goma et de Naplouse qui m'ont permis de les accompagner et de les déranger avec mes questions, qui ont fait preuve d'une patience et d'un accueil sans faille, et sans qui ce travail ne serait pas ce qu'il est.

Contenu

Préface.....	4
Introduction - Pratiques et motivations.....	9
Étude de cas : Goma, République démocratique du Congo	22
Hôpital de référence des Virunga, mardi 25 octobre 2022.....	26
Réunion de l'équipe chargée des activités de soutien aux patients, mardi 25 octobre 2022	31
Centre de santé CCLK, mercredi 26 octobre 2022	38
Centre de santé de Kahembe, jeudi 27 octobre 2022.....	42
Débat sur le budget, mardi 1er novembre 2022.....	46
Réunion de l'équipe chargée des activités de soutien aux patients, mardi 1er novembre 2022	49
<i>Centre d'Enfants et d'Appui aux vulnérables</i> , mercredi 2 novembre 2022.....	53
Réflexions	56
« Soyez curieux » - Un épilogue	61
Annexe : Liste des personnes interrogées.....	70

« Lorsque j'ai rejoint MSF en tant que CP [coordinatrice de projet] en 2018, j'avais déjà beaucoup travaillé dans le domaine de la protection de l'enfance et j'étais très heureuse car j'allais être la CP d'un hôpital pédiatrique. Lorsque nous préparions le [plan annuel], j'ai dit que nous avions besoin d'un travailleur social à l'hôpital. Nous étions en train d'augmenter le nombre de patients à 200, une population très vulnérable : des enfants déplacés dans un environnement urbain. Il y avait beaucoup de services autour de nous, beaucoup d'autres ONG, et nous avions besoin d'un travailleur social pour pouvoir référer les cas compliqués, les cas d'abus. Le coordinateur médical m'a répondu : Absolument pas, Lucie. Chez MSF, nous ne faisons pas de travail social ».

Lucie Eches, cheffe de projet pour l'approche centrée sur le patient, 12 mai 2022

Préface

Lorsque j'ai travaillé à Gaza en 2018 et 2019, j'ai été frappé par les discussions que l'équipe a eues sur la réduction du budget. L'un des moyens envisagés était de réduire le nombre de patients pour lesquels Médecins sans frontières (MSF) payait les frais de transport jusqu'à la clinique. Il a toutefois été difficile de trouver un ensemble de critères adaptés à notre cohorte, composée essentiellement d'hommes jeunes, pauvres et souffrant de blessures dévastatrices aux jambes. Aurait-il fallu se baser sur la capacité à marcher ? Presque tout le monde avait des difficultés en raison de la politique de l'armée israélienne consistant à tirer sur les genoux des manifestants. Qu'en était-il de la pauvreté ? La plupart de nos patients était au chômage et très pauvre. Nous nous efforcions de trouver un ensemble de critères permettant d'orienter notre aide vers un problème qui n'était pas seulement médical, mais aussi social. Dans le même temps, les travailleurs sociaux de nos cliniques constataient que les besoins des patients étaient surtout liés à leur situation socio-économique extrêmement précaire. Pourtant, ils ne savaient pas où les orienter pour qu'ils obtiennent ce dont ils avaient le plus besoin : de l'argent. Par conséquent, la santé mentale de nombreux patients continuait à se détériorer et leur rétablissement était rendu plus difficile. La question que j'ai commencé à me poser était la suivante : pourquoi ne pas leur donner l'argent nous-mêmes ?

C'est avec cette expérience en tête que, lorsque j'ai commencé à travailler au Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires (CRASH), je me suis saisi des discussions sur le soutien social et proposé d'en faire le sujet d'un projet de réflexion.

J'ai commencé le travail pour ce projet par des entretiens avec 33 praticiens de MSF, en leur demandant des exemples de soutien social dont ils avaient été les témoins ou dans lesquels ils

avaient été impliqués au cours de leur travail avec MSF. Souvent, les personnes interrogées me retournaient la question : Qu'est-ce que j'entendais par soutien social ? Est-ce que donner des rations de protection lors d'une urgence nutritionnelle comptait ? Qu'en était-il de la distribution de seaux aux familles déplacées ? La prise en charge des frais de transport des patients constituait-elle un soutien social ?

J'ai d'abord pensé que je manquerais à mon devoir si je n'essayais pas de formuler ma propre définition de ce que j'entendais exactement. Peu à peu, cependant, il est apparu clairement que si les gens me demandaient ce que j'entendais par soutien social, ils en avaient déjà une bonne idée. Il n'y avait peut-être pas de définition précise déjà acceptée par tous, mais tout le monde citait plus ou moins le même type d'exemples, une série d'expériences similaires.

Par conséquent, dans la première partie de la section « Pratiques et motivations », je présenterai certaines de ces expériences, une série d'activités qui montrent les moments et les types de projets qui viennent à l'esprit des personnes travaillant pour MSF lorsqu'elles sont interrogées sur le soutien social. Ces exemples montrent l'éventail des activités de soutien social que MSF a entreprises et qu'elle continue d'entreprendre. Ils nous renseignent également sur ce que l'organisation a fait pour répondre à quels problèmes.

La deuxième partie de la section « Pratiques et motivations » s'inspire d'une autre information surprenante fournie par les personnes que j'ai interrogées. Elles étaient largement en désaccord avec mon hypothèse selon laquelle l'apport d'un soutien social aux patients de MSF était quelque chose de controversé. J'ai mis un certain temps à comprendre. En effet, bien que les personnes aient commencé leurs entretiens en disant cela, elles ont ensuite souvent décrit des moments où le soutien social avait provoqué des désaccords ou des débats au sein des

équipes et créé des doutes en elles-mêmes. En quoi le soutien social n'était-il donc pas controversé ?

A mon sens, la question n'est pas de savoir si le soutien social est controversé, mais à quel niveau il l'est. Après tout, la nécessité de mettre en œuvre davantage de soutien social a été mentionnée dans la lettre de candidature de la nouvelle présidente de MSF élue en 2022 et fait également partie des discussions sur les soins centrés sur le patient, que l'organisation a déclaré être une priorité stratégique. En outre, alors que je travaillais sur ce projet, un « kit d'outils de soutien social » était en cours de rédaction au sein du département des opérations. En apparence, il pourrait donc sembler que l'orientation prise pour la mise en œuvre d'un soutien social plus important est adoptée par tous, vers, et que nous sommes satisfaits de dire que cela fait partie de « ce que fait MSF ». A ce niveau, il n'y a pas de controverse. Mais quand on regarde au niveau de la mise en œuvre des activités, on s'aperçoit qu'il y a beaucoup de points où les différentes conceptions de l'action humanitaire, des valeurs sociales et de la mission de MSF entrent en conflit.

C'est ici qu'il devient nécessaire d'aller au-delà de la simple énumération des activités entreprises par MSF. Si nous voulons comprendre les débats que suscite la mise en place d'activités de soutien social, nous devons examiner les motivations exprimées par les personnes qui les promeuvent. C'est alors seulement que nous pouvons commencer à donner un sens à toutes ces expériences diverses. Je pense que ces motivations peuvent être réparties en trois grandes catégories, que je détaillerai dans la deuxième partie de l'introduction.

L'essentiel du document sera ensuite consacré au compte rendu d'une visite de terrain à Goma, en République démocratique du Congo. J'ai voulu aller voir de mes propres yeux comment les équipes travaillaient sur ces problèmes. Il me semblait important de pouvoir

confronter ce que nous disons sur le soutien social à la réalité de sa mise en place, de pouvoir ajouter à l'enquête la granularité des discussions opérationnelles. La visite s'est déroulée selon une approche ethnographique : en complétant l'observation du travail par des conversations avec les membres des équipes au cours desquelles j'ai essayé de comprendre autant que possible leur raisonnement et leurs motivations.

La série de questions que la visite soulève sur nos objectifs, nos limites, nos critères et nos méthodes de travail est complétée par des encadrés concernant d'autres exemples qui font écho à ce que j'ai trouvé à Goma. Ces encadrés montrent qu'il ne s'agit pas de questions propres à un seul projet et que ni ces projets, ni les questions qu'ils portent ne sont exceptionnelles.

Il est important de noter que ce document pose beaucoup plus de questions qu'il n'apporte de réponses. Il ne s'agit pas d'un guide sur la mise en place d'un soutien social. Mon objectif est plutôt d'aider à identifier les points que nous devons aborder lorsque nous établissons des activités de soutien social. Ainsi, le document se termine, non pas par une conclusion, mais par une exploration de ce que signifie la « curiosité » dans le contexte de l'instauration d'un soutien social.

L'injonction à la curiosité est quelque chose que j'ai souvent entendue au cours de mes entretiens. Les gens devaient être curieux de l'endroit où ils travaillaient, des personnes qu'ils aidaient. Comme si le soutien social était un prolongement naturel de la curiosité et que l'absence de soutien social était le résultat d'un manque de curiosité. J'ai commencé à me demander ce que signifiait cette injonction qui, à première vue, semblait si simple. Que faut-il pour être curieux ? Au lieu d'une conclusion, ce papier se termine par une réflexion sur les questions que cette injonction ouvre.

Introduction - Pratiques et motivations

Ce projet a débuté par 33 entretiens avec des praticiens de MSF, choisis en raison de leur implication dans certains projets ou périodes associés à la mise en place d'activités de soutien social, ou parce qu'ils occupent une position de direction au sein de l'organisation (voir l'annexe). Il leur a été demandé de raconter leurs expériences avec MSF lorsque le soutien social avait été une composante de notre réponse, ou lorsque MSF avait répondu à des problèmes dits « sociaux ». L'intention ici n'est pas de reconstruire précisément l'histoire du soutien social ou des interventions sociales à MSF, mais les entretiens réalisés me permettent de suggérer une ébauche des différents problèmes "sociaux" auxquels MSF s'est intéressée et des moments où elle l'a fait :

- Une série de « projets sociaux », souvent axés sur les enfants des rues et les habitants des bidonvilles, qui ont débuté dans les années 1980 et se sont poursuivis jusqu'au début des années 2000 ;
- La Mission France, à partir de la fin des années 1980, qui a des liens avec ces autres projets sociaux, mais dont l'histoire et la logique opérationnelle sont différentes ;
- Les projets de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la tuberculose et les violences sexuelles et sexistes, qui ont pris une place importante au sein des opérations de MSF à la fin des années 1990 et au début des années 2000 ;
- Les réponses à Ebola en Afrique de l'Ouest et en République démocratique du Congo après 2014.

Dans les années 1980, le désir d'une partie des volontaires de MSF de s'attaquer aux problèmes sociaux s'est exprimé dans une série de projets destinés aux habitants des

bidonvilles de ce qu'on appelait le tiers-monde, comme au Guatemala.¹ MSF y a soutenu le comité directeur du bidonville en lui apportant de l'argent et de l'expertise technique pour installer un système d'eau et d'assainissement, apportant ainsi du crédit au bidonville luttant pour sa légitimité. L'association avait trouvé ainsi des objectifs concrets et réalisables, même en l'absence de besoins médicaux aigus :

Il n'y avait pas d'activités médicales... C'est ce qui m'a gêné au début... [mais] finalement nous avons été utiles. C'est toujours mon argument : si on ne fait pas de médecine, mais qu'on est utile à quelque chose, vraiment utile, et qu'on remplit un rôle que personne d'autre ne peut remplir, alors c'est bon pour moi.²

Si l'absence totale d'activités médicales était inhabituelle, les projets ciblant des groupes spécifiques de la société plutôt que des pathologies ou des situations d'urgence étaient une caractéristique commune de la programmation de MSF dans les années 1980 et 1990.

Un rapport a été commandé à une ancienne responsable des opérations, Marie-Hélène Jouve en 2007 pour « nourrir une réflexion collective sur ces projets "exclusion et violence sociale" », dans un contexte de profonde remise en cause de ces interventions. L'autrice appelait MSF à sortir de « la définition universellement admise de l'action humanitaire » visant à « soulager le risque vital » : dans un contexte de grande précarité sociale, concluait-elle, « il s'agit d'apporter une aide qui aille au-delà du soin, pour que cette aide médicale ait un sens », et d'axer également l'intervention sur « le bien-être général des patients »³.

¹ Entretien de l'auteur avec Rony Brauman, directeur d'étude au CRASH et président de 1982 à 1994, 3 mai 2022, en français.

² Entretien De l'auteur avec Brauman.

³ Marie-Hélène Jouve, *Éléments pour une analyse des projets " Exclusion, Violences sociales "*, MSF-France, 2007.

Ces programmes s'adressent souvent aux enfants des rues, qui sont vulnérables aux abus et aux problèmes de santé :

Fin 1996, j'ai été envoyé au Caire. Il y avait beaucoup d'enfants, et dès qu'il y avait des VIP qui arrivaient, le gouvernement rassemblait tous les enfants dans la rue pour les mettre en prison. Nous voulions voir ce qui se passait avec ces mendiants, qui n'avaient parfois que trois ans. Nous avons travaillé avec une organisation locale, nous avons créé un petit centre où les enfants des rues pouvaient se laver, manger, et nous les avons soignés. Et lorsqu'ils étaient en prison, nous avons demandé à avoir le droit de leur rendre visite pour au moins les traiter contre la gale, car si une personne l'a, tout le monde l'a.⁴

Les débuts de la Mission France en 1987 ont également été souvent cités dans les entretiens comme un moment où MSF s'est montré davantage ouverte à des actions de type social, où les liens avec les services sociaux faisaient partie de l'approche opérationnelle. Les origines de la mission étaient toutefois très axées sur les soins de santé. L'intention n'était pas de s'attaquer directement à la précarité ou à la pauvreté des groupes négligés ayant des difficultés à accéder aux soins de santé. Il s'agissait de leur fournir ces soins, de les orienter vers les services sociaux et d'utiliser les activités médicales comme fondement aux efforts de plaidoyer en faveur de la mise en place d'un système de soins de santé véritablement universel en France.⁵ Toutefois, l'évolution ultérieure de la mission a fait que sa programmation a d'abord répondu à des questions d'exclusion sociale et ensuite seulement aux questions médicales, en particulier lorsque la mission s'est concentrée sur les activités de protection et d'hébergement des migrants.

⁴ Entretien avec Marie-Hélène Jouve, cheffe de mission et autrice d'un rapport de 2007 sur les interventions de MSF en matière d'exclusion sociale et de violence sociale, 10 juin 2022, en français.

⁵ Entretien de l'auteur avec Brauman.

Ces projets avaient en commun le désir de cibler une population spécifique perçue comme socialement désavantagée. Cette situation a changé avec les nombreux projets lancés dans les années 1990 et 2000 qui ciblaient les personnes vivant avec le VIH, les tuberculeux et les survivantes de violences sexuelles. Dans ce cas, l'aide sociale visait à soutenir un objectif médical. Ces activités n'étaient peut-être pas celles traditionnellement associées à l'action médicale, mais la logique de leur déploiement était d'augmenter les chances de succès du traitement. Par exemple, il était courant d'offrir aux patients tuberculeux de la nourriture et un logement pour deux mois, dans le but de favoriser l'adhésion au traitement.⁶ Le travail social faisait également partie de la boîte à outils déployée par MSF dans le cadre du traitement de la tuberculose :

Honnêtement, le soutien social n'est pas nouveau. J'ai beaucoup d'expérience depuis que j'ai été membre du personnel national dans les années 1990, en Arménie, au Nagorno-Karabakh. Dans le cadre d'un projet de lutte contre la tuberculose, nous avons recruté une assistante sociale chargée d'étudier chaque cas, non pas dans le cadre d'une politique, pour dire "d'accord, c'est notre loi", mais au cas par cas. Elle effectuait des visites à domicile pour essayer d'organiser l'aide. Si la personne avait besoin d'argent pour acheter de la nourriture, nous lui donnions de l'argent liquide pour qu'elle puisse décider elle-même d'acheter de la nourriture.⁷

La toxicité des premiers médicaments antirétroviraux (ARV), la nécessité d'une adhésion étroite au traitement de la tuberculose et l'extrême précarité socio-économique des personnes

⁶ Entretien avec Jean-Hervé Bradol, directeur d'études au CRASH et président 2000-20007, 19 avril 2022, en français.

⁷ Entretien de l'auteur avec Mego Terzian, Président 2013-2022, 5 mai 2022, en français.

que nous traitions ont toutes été identifiées comme des facteurs justifiant l'inclusion d'activités de soutien social plus importantes dans la boîte à outils de MSF :

Nous nous sommes rendu compte que pour l'observance, il fallait un soutien psychologique, de l'éducation, mais aussi parfois, notamment pour les enfants qui vivaient dans des conditions économiques très difficiles, qu'il était difficile de leur dire "prenez vos médicaments tous les jours", alors qu'ils n'avaient rien mangé le matin même.⁸

Les projets VIH ont révélé que nous avions des personnes vulnérables, des malades qui ne pouvaient pas travailler, qui devaient prendre des médicaments toxiques et qui étaient souvent des personnes marginalisées ou des orphelins. Tout ce que nous avons fait autour de cela, c'est ce que j'appelle le soutien social.⁹

Ces programmes nous ont amenés à approfondir notre compréhension du comportement des patients. Les gens ne négligeaient pas de prendre les médicaments qui leur étaient prescrits ou ne manquaient pas les rendez-vous en raison d'un manque de connaissance ou de volonté ; ils avaient cependant des préoccupations matérielles qui les empêchaient de poursuivre ou d'achever leur traitement. La conclusion, par conséquent, était que MSF devait essayer de concevoir des programmes qui répondent à ces barrières matérielles.

Le développement d'activités de santé mentale et de projets destinés aux survivants de violences sexuelles s'est accompagné de la création d'activités visant non seulement à lever les obstacles matériels à l'accès aux soins ou à la poursuite du traitement, mais aussi à élargir l'idée

⁸ Entretien de l'auteur avec Philippe Blasco, conseiller en éducation et conseil aux patients, 18 mai 2022, en français.

⁹ Entretien de l'auteur avec Léon Salumu, responsable de la cellule 5, 23 mai 2022, en français.

même de soins pour couvrir les coûts socio-économiques encourus par une personne blessée ou malade :

[Au Congo-Brazzaville, en 2000] j'ai participé à l'un des premiers projets transversaux censés traiter les femmes victimes de violences sexuelles de manière holistique. Il y avait tout l'aspect juridique, mais aussi un aspect socio-économique, pour aider les personnes à se réintégrer dans une société dont elles avaient été exclues Il y a des femmes que nous avons aidées à devenir tailleuses, des femmes qui avaient été exclues, qui avaient perdu leur mari, leurs enfants. On en revient au patient ou à la personne. C'était une aide plus personnalisée, en réponse à la violence qu'elles avaient subie et de la façon dont la société dans laquelle elles vivaient y avait répondu.¹⁰

Autre exemple : en Haïti, à la fin des années 2000, MSF s'est portée garante des prêts accordés aux femmes ayant survécu à des violences sexuelles pour leur permettre de créer des entreprises :

Les travailleurs sociaux ont procédé à une évaluation sur la base de leur expérience antérieure, de l'endroit où elles vivaient, des possibilités qui s'offraient à elles et de l'existence éventuelle d'institutions gouvernementales susceptibles de les aider. Nous en avons aidé peut-être une dizaine, en partenariat avec une initiative de microcrédit qui leur a donné une petite somme d'argent pour les aider à monter une petite affaire, comme vendre de la nourriture sur la route... c'était environ 500 USD. Ce n'était pas une somme

¹⁰ Entretien de l'auteur avec Thierry Allafort-Duverger, directeur général, 9 mai 2022, en français.

énorme. Les prêts étaient à zéro pour cent. Les dix ont remboursé leur prêt et sont devenus complètement indépendantes. ¹¹

La logique de ces interventions repose sur une conception radicalement élargie du parcours de soins. Non seulement elle prend en compte ce qui intéresse les patients dans la prestation de soins de santé et la manière dont on peut les aider à accéder à ces soins, mais également ce qui suit leur sortie de l'hôpital. Elle prend en compte les actions nécessaires pour garantir que le bénéfice de la prestation de soins n'est pas annulé par le préjudice social ou économique causé par la blessure ou la maladie elle-même.

Parfois, ces efforts pour comprendre les environnements dans lesquels nos patients vivaient et les problèmes qu'ils rencontraient ont conduit à une programmation qui a donné la priorité à l'aide non médicale. Ce fut le cas lors de la réponse d'urgence au tremblement de terre de 2005 au Pakistan :

*Un jour, nous avons dit qu'il faisait froid et que nous allions acheter ces radiateurs iraniens, qui ne coûtent même pas 10 dollars chacun, ainsi que du kérosène, et au lieu de transporter de l'eau par camion, nous avons transporté du kérosène. Et voilà, les gens ont chauffé leurs tentes et ils ont cessé de venir à la clinique. 17 000 familles, tout le monde m'a critiqué, tout le monde a dit que ce n'était pas MSF. En quoi cela n'est-il pas MSF ?*¹²

En lisant ces exemples, nous commençons à voir à quel point le périmètre du soutien social chez MSF est vaste. Il y a là une idée du type d'activités que MSF entend lorsqu'elle dit faire du soutien social, un centre autour duquel gravitent diverses expériences. Mais comment donner

¹¹ Entretien de l'auteur avec Isabelle Mouniaman-Nara, directrice adjointe des opérations, 4 mai 2022, en français.

¹² Entretien avec Mego Terzian.

un sens à ces activités ? Quel est le lien entre l'huile de chauffage pour les victimes du tremblement de terre et la confection de vêtements pour les survivantes de violences sexuelles?

Un obstacle à l'analyse des pratiques du support social apparaît lorsque des personnes qui sont d'accord entre elles sur sa nécessité dans un contexte particulier échangent sur la manière dont il devrait être mis en œuvre. C'est là que nous constatons qu'il y a différentes propositions à l'œuvre, différentes conceptions de ce que signifie l'"accompagnement social", et que ces différentes idées conduisent à des projets très divers.

C'est le cas d'Ebola, où de nombreuses personnes ont identifié le soutien social comme un élément à développer dans le cadre de nos réponses. Cependant, leurs explications sur les raisons de fournir un soutien social et sur la manière dont il serait mis en œuvre ont montré que les intentions à l'œuvre variaient fortement :

J'ai également parié que dans le [soutien] social, il y avait toutes les relations que vous créez, quelqu'un que vous aidiez vraiment, peut-être serait-il plus enclin à venir à l'hôpital quand il était vraiment malade... si vous aviez créé une relation avec eux, vous les aidiez à couvrir leurs besoins, à mieux suivre le confinement - parce qu'ils n'auraient pas pu le faire si vous ne les aviez pas aidés - et il y avait donc certainement un effet sur la santé publique... Lorsque nous nous débattions avec la mise en place du deuxième vaccin contre l'épidémie au Congo, j'ai bien sûr dit que nous en avions effectivement besoin... mais je pensais surtout qu'il valait mieux travailler sur l'aspect social, parce que vous pouviez - en partie - aider à contrôler l'épidémie grâce à ces actions.¹³

¹³ Entretien avec Thierry Allafort-Duverger.

Ici, la logique opérationnelle consiste à utiliser une action individuelle - fournir des motivations matérielles pour que la personne se conforme aux recommandations de santé publique - en espérant qu'une fois reproduite à grande échelle, elle contribuera à la réduction de la transmission du virus. Il s'agit d'un soutien social visant à accroître l'efficacité de nos opérations.

D'autres justifications concernaient davantage l'utilisation du soutien social pour compenser les effets économiques dévastateurs d'Ebola ou encore pour faciliter l'utilisation de nouveaux traitements :

Les gens ont peur d'être diagnostiqués avec Ebola, d'accord, mais vous devez leur dire que plus tôt ils viennent, plus ils ont de chances de survivre... [Ebola] signifie une énorme perte d'argent pour la famille, la maison est brûlée, les lits sont brûlés, vous perdez votre emploi, vous êtes isolé, donc en plus de la peur de la mort, je pensais qu'il y avait une grande partie économique dans la peur d'être diagnostiqué avec Ebola... Je me suis dit que nous devrions utiliser l'argent pour encourager les gens à se faire tester, mais pas pour payer tout le monde, pas pour compenser tous les aspects négatifs, seulement stimuler les aspects positifs. Je pars du principe que les personnes qui ont vraiment Ebola savent qu'elles ont Ebola, parce qu'elles se cachent... [L'argent] aurait pu les encourager à venir [au centre de traitement].¹⁴

Ici encore, la raison d'être de la disposition réside en partie dans l'augmentation de l'efficacité opérationnelle, bien que cette fois-ci il s'agisse plus d'amener les gens au traitement que de prévenir la propagation de la maladie. D'autre part, il s'agit de compenser les coûts socio-économiques encourus par la personne et sa famille lorsqu'une personne tombe malade. Cela

¹⁴ Entretien de l'auteur avec Isabelle Defourny, présidente 2022- , 19 mai 2022, via Teams, en français.

ressemble à l'idée des projets de lutte contre les violences sexuelles, où le parcours de soins était étendu au-delà du traitement des blessures physiques pour tenter de compenser les coûts induits.

Une autre option consiste à utiliser les mêmes outils - argent liquide et soutien social matériel - pour détecter les infections le plus rapidement possible afin de donner à la personne les meilleures chances de bénéficier d'un traitement. Toutefois, cette approche ne fait pas de distinction entre les personnes dont le test est positif et celles dont le test est négatif, et admet des coûts sociaux liés au simple fait d'être soupçonné d'avoir contracté le virus Ebola :

Dès que nous avons su que nous disposions d'un traitement contre Ebola, nous avons également su que, si nous l'administrions rapidement à une personne infectée, les chances de survie étaient très élevées, et que si nous administrions ce traitement trop tard, elle mourrait... [Nous savons que les personnes qui finissent par développer Ebola sont celles qui ont été en contact avec le virus, et que les personnes en contact avec Ebola ont pris soin d'autres personnes atteintes. Nous avons donc dit que nous savions qui allait tomber malade... [et que nous leur donnions] un paquet de soutien, c'est-à-dire des choses de base comme de la nourriture, des produits d'hygiène, de l'argent liquide. Nous ne voulions pas que les gens disparaissent du radar, nous voulions qu'ils restent dans les parages, qu'ils restent près de chez eux. La partie la plus importante d'un genre de « kit social » que nous donnions était un téléphone portable, avec un peu de crédit. Nous disions aux personnes : « nous vous appellerons tous les jours, mais nous voulons que vous nous

*appelez s'il y a quelque chose de bizarre - même un mal de tête, appelez-nous... Et si vous ne tombez pas malade, vous ne tombez pas malade, c'est bon. »*¹⁵

Les trois exemples traitent tous de la même maladie avec la même volonté d'utiliser l'accompagnement social, et pourtant chacun a des critères distincts pour la mise en place de l'accompagnement, des relations distinctes avec l'utilisation des outils médicaux et des objectifs distincts. Ils montrent que des différences même mineures dans la manière de concevoir l'accompagnement social peuvent amener à des projets très différents, ce qui peut rendre difficile pour les équipes sur le terrain l'interprétation et la mise en œuvre de l'injonction à apporter un accompagnement social.

Cette brève étude révèle qu'il est impossible d'analyser l'accompagnement social au niveau de ce *qui* est fait. En effet, nous sommes confrontés à un domaine qui est à la fois plein d'exemples qui ne se ressemblent pas du tout et d'autres qui semblent à première vue être la même activité mais qui, à y regarder de plus près, tentent de remplir des objectifs tout à fait différents. Si l'on s'en tenait à l'analyse de ce qui est fait, par exemple en essayant de regrouper les actions en catégories, on se heurterait toujours à ce problème : les actions sont à la fois trop semblables et trop diverses pour permettre une catégorisation utile.

Au lieu de cela, comme nous le voyons avec Ebola, des comparaisons utiles peuvent commencer à être faites lorsque nous déplaçons la conversation de *ce qui* est fait vers la *raison pour laquelle* nous le faisons. Ce n'est qu'en examinant les intentions en matière de soutien social que nous pourrions trouver un moyen d'analyser le terrain, de comprendre quelles sont

¹⁵ Entretien de l'auteur avec Natalie Roberts, directrice des études et responsable du bureau d'urgence 2017-2019, 10 mai 2022, en anglais.

nos ambitions en matière de soutien social et quelles discussions nous devons avoir à ce sujet afin de le mettre en œuvre de manière utile.

Nous pouvons répartir les motivations de l'aide sociale en trois grandes catégories :

1. *Pour aider à atteindre le succès thérapeutique*

Dans son sens le plus limité, c'est comme donner de la nourriture aux patients atteints du VIH pour qu'ils puissent prendre leurs médicaments parce qu'ils leur donnent la nausée s'ils ont l'estomac vide. Il s'agit d'actions conçues pour créer les conditions permettant de suivre le traitement. Il peut également s'agir d'actions qui s'inscrivent dans une compréhension du succès thérapeutique qui va au-delà des indicateurs purement cliniques pour inclure des indicateurs socio-économiques, où nous reconnaissons que le fait d'être malade ou blessé a un coût et que le bénéfice de notre activité médicale peut être annulé par ce coût si nous n'aidons pas les gens à le couvrir.

2. *Contribuer à l'efficacité de nos opérations*

L'activité la plus fréquente de ce type est la prise en charge des frais de transport des personnes qui se rendent dans notre clinique ou notre hôpital. Nous voulons fournir des services à un certain type de personnes dont nous savons qu'elles n'y ont pas facilement accès et nous supprimons des obstacles économiques qui les empêchent de venir chez nous. Cette démarche peut également prendre la forme d'avantages accordés aux personnes afin d'accroître le recours au dépistage ou au traitement. Elle peut aussi être motivée par ce que nous considérons comme une utilisation judicieuse de nos ressources : nous fournissons une ration alimentaire relativement bon marché à la famille d'un enfant souffrant de malnutrition

afin d'atténuer le risque que le supplément nutritionnel relativement onéreux soit partagé avec d'autres enfants de la famille.

3. Améliorer le "bien-être" de la personne

Cette catégorie très large englobe toute une série d'objectifs et d'échelles d'action. Dans sa forme la plus simple, il s'agit d'accroître l'autonomie de la personne, par exemple en donnant de l'argent aux personnes déplacées pour qu'elles puissent acheter les choses dont elles ont besoin, au lieu de leur imposer notre propre lecture de leurs besoins en leur fournissant un kit d'articles non alimentaires (NFI – non food items). Il y a ensuite l'idée de répondre à un besoin non médical ou de soulager une souffrance non médicale en améliorant immédiatement les conditions matérielles d'une personne : fournir de la nourriture à ceux qui ont faim, de la chaleur à ceux qui ont froid, un abri à ceux qui n'en ont pas. Enfin, il y a les objectifs qui visent un changement plus fondamental ou à plus long terme de la situation d'une personne, en fournissant par exemple une assistance juridique à un migrant en situation d'irrégularité administrative, en orientant un patient vers d'autres services sociaux existants ou en accordant une aide financière pour lui permettre de créer une entreprise.

Ces catégories sont inévitablement personnelles et les limites entre chacune d'elles sont parfois floues ou discutables. D'autres voudront peut-être décomposer nos motivations pour le soutien social d'une autre manière. Ce n'est pas un problème. Ce qui est important ici, ce ne sont pas les catégories elles-mêmes, mais la nécessité de nous poser la question de savoir ce que nous essayons de faire, quel est le problème que nous essayons de résoudre. C'est une fois que nous avons déterminé l'objectif que nous essayons d'atteindre dans chaque cas que nous pouvons passer en revue une série de questions qui nous permettent de porter un

jugement sur notre offre d'aide sociale. Quelles sont les limites de ce que nous pouvons faire pour atteindre cet objectif ? Sur quels critères fondons-nous nos actions ? Quelles sont les personnes et les ressources nécessaires pour atteindre cet objectif ? Enfin, comment allons-nous travailler avec d'autres partenaires et nos patients pour atteindre cet objectif ? C'est à ce type de questions que j'ai vu nos équipes tenter de répondre lors de la visite sur le terrain que j'ai effectuée dans le cadre de ce projet.

Étude de cas : Goma, République démocratique du Congo

Goma, située à l'extrême est de la République démocratique du Congo et dont la population était estimée à 670 000 habitants en 2021, est le siège de la sous-coordination de MSF pour le Nord-Kivu, qui gère une série de projets apportant des soins aux personnes victimes de la violence et du système de santé déficient de la région. Depuis 2015, la ville accueille également son propre projet. La « fiche projet » permet de revenir sur les principales étapes de son développement :

- De 2015 à 2018, le projet visait à améliorer l'accès au dépistage et au traitement des personnes vivant avec le VIH dans la ville, en collaboration avec cinq centres de santé, MSF remboursant le ministère de la Santé pour les soins offerts.
- Entre 2018 et 2020, le projet a été évalué et réorienté vers le dépistage des populations à risque, l'amélioration du suivi des personnes sous antirétroviraux (ARV) et l'amélioration de l'identification et du traitement des personnes au stade avancé du sida ainsi que des personnes en échec thérapeutique.

- Entre 2019 et 2021, le projet a développé quatre nouvelles activités : la prise en charge des victimes de violences sexuelles, les soins médicaux¹⁶ pour les personnes marginalisées (en l'occurrence les travailleurs du sexe et les enfants des rues), la surveillance du choléra et le traitement de Covid-19.
- En 2022, le projet a connu une série de changements : la fin du modèle de remboursement pour les soins aux populations marginalisées,¹⁷ l'introduction d'une équipe psychosociale de trois personnes, l'introduction de superviseurs MSF dans les structures dans lesquelles nous travaillions, et la prise en charge de l'avortement dans l'un des centres de santé.¹⁸

En 2022, MSF soutenait trois centres de santé (Murara, Kahembe, CCLK) dans leurs activités "populations marginalisées", et sept pour des activités VIH. Ces activités étaient conduites par du personnel du ministère de la santé bénéficiant de primes versées par MSF, et par le personnel de MSF, recruté localement ou internationalement.

Lors de ma visite de deux semaines en octobre et novembre 2022, le projet était donc très complexe et n'était plus exclusivement axé sur le VIH. Bien que l'idée de commencer à offrir des soins aux enfants des rues, aux travailleurs du sexe et aux victimes de violences sexuelles soit née parce que ces groupes avaient été identifiés comme des populations à risque de

¹⁶ Certaines personnes préfèrent désigner les personnes ayant subi des violences sexuelles comme des survivants plutôt que comme des victimes. Dans les documents du projet et dans les discussions au sein du projet, l'équipe utilise le terme de victime. Je reproduirai donc leur usage ici.

¹⁷ Bien que cela ne soit pas mentionné ici, la composante VIH du projet était également passée précédemment d'un modèle de remboursement à des soins fournis soit par le personnel de MSF, soit par le personnel du ministère de la santé dans le cadre d'incitations.

¹⁸ J'ai traduit du français et résumé ces informations à partir du dossier du projet ("20221025_CD173_Fiche projet Goma 2023 VF").

contracter le VIH, il n'était plus nécessaire d'être séropositif pour accéder au programme. Le projet comportait essentiellement quatre volets :

- Soins pour les personnes vivant avec le VIH, offerts dans sept centres de santé. Dépistage du VIH, fourniture d'ARV, contrôle de la numération des globules blancs.
- Hospitalisation (à l'hôpital de référence des Virunga) de personnes en échec thérapeutique, ou atteintes du SIDA, ou souffrant d'infections opportunistes.
- Soins aux "populations marginalisées" : travailleurs du sexe et enfants des rues. Nous avons traité tous les membres de ces populations pour leurs besoins médicaux, qu'ils soient séropositifs ou non. Les consultations externes se font dans trois cliniques, et nous hospitalisons ceux qui en ont besoin.
- Prise en charge des victimes de violences sexuelles par le biais de consultations externes dans trois cliniques.

Au moment de ma visite, la cohorte VIH comptait plus de 4 000 patients, soit environ 60 % des personnes vivant avec le virus à Goma. Le projet menait environ 800 consultations par mois pour les enfants des rues, 600 par mois pour les travailleurs du sexe, 80 consultations par mois pour les victimes de violences sexuelles et pratiquait environ 50 avortements par mois.

L'équipe « activités support aux patients » était composée de trois travailleurs sociaux (recrutés localement en 2022), d'un superviseur (une infirmière recrutée localement) et d'un manager (un psychologue recruté internationalement lors de ma visite). En outre, ils bénéficiaient du soutien d'un « Mobile implementation officer » (MIO) pour le support social basé au siège.

Ils travaillaient avec tous les groupes de personnes à qui nous avons offert des soins. Comme indiqué dans la fiche projet, leur travail n'a commencé qu'en mars 2022. Un premier responsable, expatrié, travailleur social lui-même avait mis en place la stratégie de l'équipe au cours de sa mission. Entre mai et septembre et l'absence de remplaçant, la fonction a été remplie par le superviseur d'activités, jusqu'à l'arrivée d'un nouveau responsable. La stratégie avec laquelle l'équipe a commencé à travailler était axée sur le développement de l'autonomie du patient, comme me l'a expliqué le premier responsable lors d'un entretien :

La confusion réside dans l'idée que le travail social équivaudrait à l'aide sociale, mais le travail social est beaucoup plus important que l'aide sociale... Il est donc toujours difficile de discuter avec les collègues - le travail social n'est pas très connu, et ils ne savent pas ce que nous allons faire. Ils pensent que nous allons donner de l'argent. C'est la première chose qu'ils m'ont dite quand je suis arrivée, "oh vous êtes là et donc maintenant nous pouvons donner de l'argent à nos patients". Ce n'est pas l'approche que je voulais utiliser... Donner 200 francs à quelqu'un pour qu'il prenne un taxi, on voit que ça marche, mais est-ce que c'est du travail social ? Cela résout le problème immédiat du manque d'argent pour le taxi, mais cela ne résout pas le problème de la capacité de la personne à payer son propre taxi. Le besoin de la personne n'est pas de venir à la consultation, c'est de trouver les moyens de se débrouiller pour venir à la consultation... Il est facile d'entendre ce que les gens demandent, mais pour comprendre ce qu'est le besoin, il faut une analyse, c'est un travail plus profond. Dans le travail social, nous faisons la différence entre la demande exprimée et la demande réelle.

Cependant, comme nous le verrons, si l'équipe avait apprécié certains éléments de cette approche, elle s'était aussi rapidement heurtée aux limites qu'impliquait l'idée de développer

l'autonomie de la personne dans un contexte de privation extrême, et m'a semblé avoir du mal à trouver une manière éthique de se positionner en tant que décideur ultime de ce qui constituait la demande "réelle" d'une personne.

Hôpital de référence des Virunga, mardi 25 octobre 2022

À l'hôpital de référence des Virunga, un hôpital du ministère de la Santé, le superviseur de l'équipe des activités de soutien aux patients, un infirmier de formation, m'a fait visiter les lieux. Il m'a conduit dans la salle d'attente de MSF, située un peu en retrait de l'enceinte principale de l'hôpital, où les gens faisaient la queue devant la maternité et faisaient la lessive dans la cour. Il a salué les personnes qui attendaient, qu'il semblait, pour la plupart, bien connaître. Il m'a indiqué que la cohorte de l'hôpital comptait 2000 personnes vivant avec le VIH et que la clinique recevait 30 à 35 patients par jour.

L'une des autres infirmières de la clinique a décrit le dilemme au cœur de ce type de travail médical, un travail qui implique un engagement à long terme avec la personne :

Nous connaissons les patients parce que nous travaillons avec eux pendant de nombreuses années. Nous devons garder la distance entre la partie émotionnelle et la partie professionnelle. Il y a un lien qui se crée mais on se retient. Plus on connaît le patient, plus on peut trouver des solutions à ses problèmes.

Comment équilibrer ce besoin de connaître le patient, de le connaître afin d'en prendre soin, sans finir par prendre « trop » soin ? (Ou peut-être de prendre soin de choses qui n'étaient pas de notre responsabilité ?). Cette question animait la structure mise en place pour soigner les personnes séropositives, ainsi que les questions qu'elle soulevait pour l'équipe.

Lorsqu'une personne était testée positive au VIH, elle n'était pas seulement vue par l'équipe médicale, mais aussi au moins deux fois au cours des six mois par un conseiller qui suivait le diagnostic. L'objectif de ces séances, selon le superviseur, était d'aider le patient à comprendre la maladie et son traitement, ainsi qu'à « développer des compétences psychosociales ». Toutefois, si l'équipe médicale ou le conseiller constatait que la personne avait des difficultés à suivre son traitement, elle pouvait l'orienter vers l'assistant social. La tâche initiale de ces derniers était de comprendre si les problèmes de la personne étaient liés à un manque de connaissances ou à ses conditions sociales, a-t-il déclaré.

L'un des travailleurs sociaux du projet m'a décrit la méthode de travail de l'équipe :

[Auparavant, les patients étaient perdus de vue parce qu'ils étaient découragés ou stigmatisés. Nous donnons donc à la personne la confiance nécessaire pour vivre, pour trouver un emploi. Il aura confiance en lui et pourra ainsi trouver la solution. Par exemple, il y a des personnes qui sont rejetées par la communauté, et nous recherchons les personnes qui peuvent être une ressource pour elles, avec leur permission bien sûr. La personne a elle-même la solution à son problème économique. Nous recensons les organisations vers lesquelles nous pouvons orienter les personnes. Mais la plupart des organisations n'ont pas les moyens de travailler réellement.]

Au cours de la conversation, le superviseur et ce travailleur social ont alterné entre souhait d'autonomie des personnes et nécessité de leur donner parfois de quoi les aider à sortir d'une situation dont elles n'ont pas les moyens de se sortir d'elles-mêmes. Ils ont également discuté du problème que représentait l'insuffisance des ressources des nombreuses autres organisations auxquelles ils avaient espéré référer les personnes. Cette remarque a suscité un certain malaise : comment allaient-ils distinguer ceux qui avaient vraiment besoin d'aide - une

aide qu'ils devaient apporter - de ceux qui avaient les ressources nécessaires pour s'aider eux-mêmes ? Le superviseur a tenté de me l'expliquer :

Les médecins pensent que nous sommes là pour donner de l'argent. Nous essayons d'expliquer que le rôle de l'assistant social n'est pas d'apporter un soutien social direct mais d'aider la personne à mobiliser ses propres ressources.

Nous craignons que si nous donnons des matelas, les patients en parlent autour d'eux et que, lorsque nous effectuons des visites à domicile, ils déplacent des objets de leur maison pour nous inciter à leur donner des choses. Bien que nous n'ayons pas encore vu cela se produire.

80 % de nos patients sont en difficulté, mais nous devons aller plus loin pour comprendre s'ils sont capables de s'aider eux-mêmes ou s'ils ont besoin de plus d'aide. La visite à domicile consiste à confronter la réalité à ce qu'ils nous ont dit. Cela dit, nous savons que le VIH est intrinsèquement lié à la vulnérabilité.

[...]

L'objectif est que la personne qui doit vivre avec sa maladie puisse mobiliser ses propres ressources. Mais si elle n'y arrive pas, de quoi a-t-elle besoin pour y arriver ? Comment lui donner un coup de pouce pour qu'elle atteigne un état plus ou moins acceptable ?

L'assistante sociale a également exprimé des hésitations similaires :

Nous pensons que le budget de l'aide sociale est un peu limité. Lorsque nous constatons que la personne n'est pas en mesure de faire les choses elle-même, nous ne sommes souvent pas en mesure de lui donner les choses qui lui permettraient de commencer à s'aider elle-même.

[...]

[Je pense que notre stratégie est bonne, car si nous avions commencé par donner de l'argent, nous aurions peut-être donné à des gens qui n'avaient pas de vrais problèmes. L'objectif n'est pas de donner. L'objectif est d'aider les gens à réaliser qu'ils peuvent être autonomes.]

L'hésitation entre le désir d'aider et le désir de développer les capacités d'autonomie a été évidente lorsque l'assistante sociale a reçu la visite d'une femme qui était à la fois patiente et soignante. À Virunga, nous ne nous contentons pas de fournir des soins ambulatoires, nous hospitalisons également les personnes vivant avec le VIH dont le traitement a échoué, qui ont développé le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou qui souffrent d'infections opportunistes telles que la tuberculose. L'hôpital exigeait que chaque patient hospitalisé soit accompagné d'un soignant, qui était responsable des soins de base du patient : le nourrir avec le repas fourni par l'hôpital, le laver, l'habiller, etc.

La femme s'est présentée au petit bureau de consultation des travailleurs sociaux, situé sur le côté du bâtiment de l'hôpital. À l'extérieur, des personnes faisaient la queue pour accéder au laboratoire, qui se trouvait juste en face du bureau. La femme a tiré nerveusement sur son foulard et semblait au bord des larmes en décrivant sa situation à l'assistante sociale. Celle-ci me fit un résumé du récit en swahili de la patiente : Il s'agissait d'une patiente externe du programme VIH de MSF. Son fils était également séropositif et avait été hospitalisé parce qu'il était atteint de tuberculose. Elle vivait avec sa famille élargie à Goma, et elle avait l'impression qu'elle et ses enfants étaient devenus des parias depuis qu'elle avait révélé sa séropositivité. Comme l'hôpital l'obligeait à rester avec son fils, elle ne pouvait pas retourner chez elle pour prendre ses ARV ou se procurer de la nourriture. Elle a envoyé un autre enfant à la maison, qui

a pu lui apporter les ARV, mais la famille ne lui a pas donné de nourriture. La patiente hésitait à dépenser encore de l'argent pour le transport – un billet de bus à Goma coûte entre 500 et 1000 francs congolais – pour retourner à la maison dans l'espoir d'obtenir de la nourriture, car elle avait déjà payé de nombreux voyages pour elle et ses enfants. L'assistante sociale lui a dit qu'elle lui procurerait un repas auprès du fournisseur de nourriture de l'hôpital. Il s'agissait d'une exception, car même si les accompagnants étaient tenus de rester avec les patients, ils ne recevaient pas de nourriture.

L'assistante sociale a expliqué qu'elle essayait d'aider la femme à résoudre les dilemmes plus vastes dans lesquels sa situation familiale la plaçait. Son père vivait dans une autre ville du Nord Kivu et elle se demandait si elle devait payer pour envoyer ses enfants chez lui. Le père savait que son fils était malade, mais pas qu'il était séropositif. Rien n'était sûr non plus sur la manière avec laquelle son fils pourrait poursuivre son traitement contre le VIH dans l'autre ville, ni quel emploi il pourrait y exercer. Elle a déclaré qu'elle savait cependant qu'à sa mort, sa famille à Goma mettrait tout simplement ses enfants à la rue.

Il est difficile ici de distinguer la demande « réelle » de la femme de ce qu'elle exprime. Il est peut-être plus approprié de voir que les problèmes immédiats auxquels elle est confrontée – avoir faim, s'inquiéter pour l'argent, s'inquiéter pour son fils – sont le résultat de son exclusion de sa famille, de sa pauvreté et des exigences qui lui sont imposées en tant que gardienne d'un foyer. De ce point de vue, il existe différents degrés de problèmes, certains pour lesquels une réponse de MSF peut être facilement obtenue et d'autres pour lesquels il est peu probable qu'une réponse soit apportée. Nous pouvons nous occuper de la souffrance causée par certaines parties de sa situation, mais guérir la situation dans son ensemble était hors de notre portée. L'assistante sociale a pu lui obtenir un repas à la cantine de l'hôpital et l'orienter vers

un psychologue « pour l'aider à prendre ses médicaments », mais le problème immédiat de trouver de l'argent pour payer son transport aller-retour à l'hôpital n'a pas été résolu, tout comme, sans surprise, son dilemme sur ce qu'elle devait faire face au rejet de sa famille à son égard et à celui de ses enfants.

Réunion de l'équipe chargée des activités de soutien aux patients, mardi 25 octobre 2022

Plus tard dans l'après-midi, après notre retour de l'hôpital, l'équipe des activités de soutien aux patients tenait sa réunion hebdomadaire dans son bureau, à l'étage supérieur de l'ancienne boîte de nuit qui avait été louée par MSF et transformée en siège du projet de Goma. Les trois travailleurs sociaux, leur superviseur et leur responsable étaient présents, et j'ai écouté les discussions sur les cas au sujet desquels ils avaient des questions cette semaine-là. La plupart des discussions tournaient autour de la question de savoir si l'équipe devait dépenser une partie de l'argent dont elle disposait – 200 dollars par mois – pour apporter une aide directe à ses patients.

Le premier cas a été soulevé par l'un des travailleurs sociaux. Il s'agissait d'une travailleuse du sexe âgée de 23 ans qui nous demandait de l'aider à quitter le travail du sexe.

Assistante sociale 1 : Nous avons déjà discuté de son cas. Nous lui avons déjà donné une nappe. Elle veut sortir du commerce du sexe, elle craint d'être rejetée par sa famille. Elle a deux enfants. Elle souhaite que nous l'aidions à démarrer une activité.

Superviseur : Il s'agit d'une fille qui était trop affectée par sa profession et qui voulait partir. Nous l'avons envoyée voir un psychologue et elle allait mieux. Ensuite, nous avons

fait de la médiation et cela l'a aidée à se réintégrer dans sa famille. Mais ils la considèrent comme un fardeau. Il s'agit maintenant de voir comment elle peut se sentir utile - de faire en sorte qu'elle se sente utile pour sa famille.

Directeur : Mais pour l'aider à faire quoi ?

Travailleur social 2 : Nous devrions l'aider.

Le directeur : Je pense que nous avons fait tout ce que nous pouvions. Elle veut changer et faire autre chose. Il n'y a pas d'organisation qui puisse le faire. Nos activités ne sont pas à la hauteur de la réinsertion sociale. Nous ne pouvons rien faire.

Superviseur : Oui, mais c'est quelqu'un qui s'est développé de manière positive.

Le directeur : Et c'est ce que nous avons fait qui l'a aidée.

Le superviseur : Et si elle avait de bonnes relations avec sa famille, ils pourraient peut-être l'aider. Mais ce n'est pas le cas. Comme elle parle de faire des tresses, nous pourrions peut-être l'aider en la mettant en contact avec un salon de coiffure qui accepterait de la former.

Directeur : Ok, nous pouvons l'aider, mais je pense que ce qui serait vraiment utile, c'est de trouver une organisation qui puisse faire de la réinsertion sociale. Ou peut-être pouvons-nous trouver un autre membre de la famille pour l'aider à créer une entreprise.

Le superviseur : Et qu'en est-il de la proposition [de l'assistante sociale] de la préparer à vendre des beignets ?

Responsable : Sait-elle comment faire ?

Assistant social 2 : Il n'y a pas besoin de beaucoup pour faire des beignets. Nous pouvons l'interroger à ce sujet.

« Cette question du soutien social existe depuis longtemps, mais ces derniers temps, elle est de plus en plus débattue. Nous avons de plus en plus de demandes en ce sens de la part de l'équipe sur le terrain... [Ils] disent : "Nous avons fait tout cela, mais ce patient a clairement besoin de ce type de soutien", ce qui leur donne un sentiment d'impuissance... Récemment, nous avons eu un cas d'orphelins, un frère s'occupant d'un plus jeune, et il dit : "Je veux vraiment soutenir cet enfant, mon frère, mais je n'ai pas d'emploi. Si seulement on pouvait m'envoyer faire de la mécanique, cela m'aiderait à prendre soin de mon frère..." Et à ce stade, nous sommes toujours dans un dilemme, en fait, nous n'avons pas encore clairement déterminé quelle est la meilleure chose à faire. Le mieux serait de le former à la mécanique, dans le cadre d'une approche individuelle, mais d'un point de vue programmatique, sommes-nous prêts à répondre à ce type de besoins ? »

Robert Keango, Coordinateur medical en Ouganda, 2 juin 2022

Le deuxième cas a été soulevé par la troisième assistante sociale de l'équipe. Elle a décrit une femme vivant à une distance considérable du centre de Goma, co-infectée par le VIH et la tuberculose, qui n'avait pas d'argent pour se rendre à ses rendez-vous ou acheter de la nourriture pour prendre ses médicaments. Elle n'avait pas de membres de sa famille immédiate pour l'aider et, normalement, MSF ne prend en charge que les frais de transport des victimes de violences sexuelles. L'équipe a eu l'échange suivant à propos de son cas :

Directeur : Il y a trois problèmes. L'observance, le transport, la nourriture. Elle peut poursuivre ses études, mais les médicaments antituberculeux ont beaucoup d'effets secondaires. Donc, si elle ne reçoit pas d'aide, nous devrions voir si quelqu'un peut l'aider. Le seul transport que nous payons est celui des victimes de violences sexuelles. Si elle

devait se rendre une ou deux fois à l'hôpital, avec les 200 dollars par mois dont nous disposons, nous pourrions voir. Si nous n'utilisons pas tout l'argent ce mois-ci - nous n'avons dépensé que 60 dollars jusqu'à présent - nous pourrions alors voir si nous pouvons constituer un stock de nourriture que nous pourrions peut-être distribuer.

Superviseur : Elle doit venir une fois par semaine. Nous pouvons voir si nous pouvons lui donner 10 dollars pour voir si elle peut au moins venir au rendez-vous. Nous pouvons lui donner 5 kg de farine et 1 kg de sucre. L'aller-retour coûte 2 dollars.

Le directeur : Nous pourrions demander aux médecins quelle est la fréquence des visites à l'hôpital.

Superviseur : Je suis médecin, je sais. C'est une fois par semaine.

Le directeur : Alors, donnons-lui 3 dollars pour qu'elle vienne à l'hôpital et qu'elle mange quelque chose. Pendant quatre semaines. Mais pendant cette période, elle doit trouver quelqu'un pour l'aider à la fin de cette période. Et nous lui donnerons la farine que nous avons maintenant. Chaque fois qu'elle viendra, nous lui donnerons 2 kg de farine, au lieu de lui donner 5 kg d'un coup. Et nous lui dirons que c'est juste pour un mois. Les gens pensent parfois qu'ils doivent manger le plus gros ou le meilleur plat pour prendre du poids. Mais il y a des vitamines dans les haricots.

Le troisième cas a été soulevé par le deuxième travailleur social :

Travailleur social 2 : Cas suivant. Une patiente, infectée par le VIH et la tuberculose. Elle vit dans la rue. Elle a un enfant de quatre ans. Elle ne trouve pas de nourriture. Elle demande à être transférée à [sa ville] pour être avec sa famille.

Superviseur : Je vois une patiente qui a compris sa situation et identifié une solution.

Travailleur social 1 : Il y avait une autre organisation qui offrait des bons de transport. Mais je ne sais pas si c'est faisable pour le moment.

Travailleur social 3 : Nous devrions payer son transport.

Le superviseur : Si nous validons sa demande, nous devons voir si elle l'utilise pour rentrer [chez elle].

Directeur : Nous pouvons payer son transport. Mais nous devons nous assurer qu'elle ne cesse pas d'être traitée dans [sa ville]. Et ensuite organiser son transport. Mais voyons d'abord si Heal Africa [un hôpital partenaire] ne peut pas mettre la main à la poche pour elle. Nous devons nous assurer qu'elle ne prenne pas l'argent pour retourner dans la rue. Et nous devons voir si nous pouvons assurer son suivi dans [sa ville].

Assistante sociale 2 : Je pense que nous devons voir avec elle si elle peut nous donner un contact à domicile. Nous pourrions ainsi assurer le suivi.

Directeur : Discutons avec l'équipe de Heal Africa de la question de l'observance. Ensuite, nous lui donnerons 10 dollars pour rentrer à [sa ville] et manger quelque chose en chemin.

Le quatrième cas est celui d'un garçon de 16 ans qui vit dans la rue et qui nous demande de l'aider à suivre une formation de maçon. L'équipe avait espéré le réintégrer dans sa famille, mais cela n'avait pas été possible, et le garçon insistait sur le fait qu'il pouvait être autonome. Le responsable nous a dit que si nous pouvions l'orienter vers un centre d'hébergement et de formation, ce serait une solution, mais que nous ne pouvions pas offrir de formation directement nous-mêmes.

Le dernier cas était celui d'une femme vivant avec le VIH qui avait récemment été hospitalisée à plusieurs reprises.

Travailleur social 2 : Une femme qui a été hospitalisée plusieurs fois, qui a beaucoup dépensé, dont les enfants ne vont pas à l'école. Elle vit dans une hutte. Elle demande de l'aide pour démarrer une petite entreprise. Et pour l'aider à réhabiliter sa maison. Nous avons essayé de l'aider en formant sa fille, mais nous n'avons pas réussi. Nous n'avons pas de fonds disponibles pour la formation.

Directeur : Je pense que nous pouvons donner 20 \$ pour aider. Nous avons l'argent ce mois-ci. Mais c'est bientôt la fin du mois, alors il faut faire vite.

Cette réunion m'a amené à me demander pourquoi il nous était si difficile de donner de l'argent à des personnes en situation difficile, même lorsque les montants demandés étaient

« Au Malawi, il y avait quelque chose de très présent dans l'esprit de notre équipe, qui était un mélange de toutes sortes de principes qui semblaient un peu absurdes. Par exemple, "il est absolument impératif que nous soyons justes. Nous devons donner le plus aux plus pauvres... Si nous donnons 50 dollars à tout le monde, il y aura la femme qui a été abandonnée par son mari et celle qui ne l'a pas été. La seconde aura beaucoup plus que la première. Et il ne faut pas donner trop non plus. Et surtout, il faut qu'elles utilisent l'argent pour venir à leurs rendez-vous, comment allons-nous contrôler qu'elles le font ? Des choses dans lesquelles la personne n'a absolument aucune marge de manœuvre, et elle ne peut rien faire avec l'argent que nous lui donnons. C'est intéressant parce que Give Directly [notre partenaire pour le programme d'aide financière] nous avait dit de faire exactement le contraire. Ils nous ont dit que tout le temps que vous passez à créer des catégories [de personnes] est de l'argent que vous perdez. Il faut donc créer le moins de catégories possible. Et, deuxièmement, qu'il y a un montant minimum d'argent à donner aux gens qui sera intéressant pour eux. »

Isabelle Defourny, présidente de MSF France, 19 mai 2022

insignifiants et que l'argent était disponible. Moins de la moitié du budget (déjà minuscule) de l'aide directe avait été dépensée ce mois-là, et nous étions à la fin du mois. Je me suis demandé si le fait que le budget soit si petit ne produisait pas des effets pervers, l'équipe hésitant à dépenser le peu qu'elle avait de peur qu'on en ait besoin pour une autre personne plus tard. Cela n'explique cependant pas l'hésitation à dépenser ce qui restait du budget à la fin du mois. Il y avait manifestement des inquiétudes plus profondes quant à la signification du don d'argent, comme le montrent les questions posées sur la manière de s'assurer que les gens dépenseraient l'argent que nous leur donnons dans le but que nous avons prévu. Même dans ce cas, comme dans celui de la femme qui demandait que l'argent revienne à sa famille, on s'est demandé si c'était vraiment à nous de le donner. Il est également difficile de discerner les critères sur la base desquels l'argent est donné. La travailleuse du sexe qui voulait changer de profession n'a pas reçu d'argent, mais la femme qui avait été hospitalisée pour le VIH en a reçu (sans aucune discussion), ce qui soulève la question de savoir s'il y a un jugement moral à l'œuvre dans ce cas. Cependant, même lorsque nous donnons de l'argent ou des objets, il semble parfois y avoir un décalage entre le diagnostic du problème et l'action. Qu'est-ce qu'une nappe et une visite chez le psychologue peuvent apporter à une femme qui ne supporte plus de vendre des services sexuels ? Un versement unique de 20 dollars suffirait-il vraiment à permettre à une femme de réhabiliter sa maison et de démarrer un commerce ? L'équipe était soucieuse de faire ce qu'il fallait pour les personnes qu'elle essayait d'aider, mais ni le processus permettant de décider ce qu'il fallait faire, ni la structure permettant de le faire n'étaient en place.

Centre de santé CCLK, mercredi 26 octobre 2022

Le centre de santé CCLK est situé sous la colline verdoyante qui marque l'endroit où la ville de Goma commence à se dissoudre dans les champs et les forêts qui s'étendent au-delà. C'était une région pauvre, m'a dit l'un des médecins du centre :

La majorité de la population est très pauvre. Beaucoup d'enfants mal nourris. Des enfants des rues. Des travailleurs du sexe. Ils sont pour la plupart déplacés. Ils essaient de travailler dans les champs ou d'aller chercher du charbon de bois dans le parc, qui est très loin d'ici, à environ 15 km. Beaucoup sont violés par des groupes armés en chemin.

J'ai visité le centre avec l'une des assistantes sociales. Elle m'a raconté qu'elle avait étudié le développement rural et qu'elle avait d'abord travaillé avec une organisation environnementale avant de commencer à travailler avec MSF pendant l'épidémie d'Ebola. Au CCLK, elle a travaillé avec des enfants des rues, des travailleurs du sexe, des victimes de violences sexuelles et des personnes vivant avec le VIH. Nous avons commencé à discuter des problèmes des enfants vivant dans la rue avec un travailleur social du *Bon dieu dans la rue*, une association congolaise, partenaire de MSF à Goma. Les deux travailleurs sociaux ont décrit comment les enfants des rues vivaient en groupes dans différents quartiers de la ville, cherchant et mendiant de la nourriture, avec un risque constant de violence, de viol et d'arrestation par la police. Nombre d'entre eux ont recours à la drogue et à l'alcool pour faire face à la situation. Les centres de la ville qui visaient à héberger et à éduquer ces enfants n'avaient pas les moyens de le faire correctement, m'ont-ils dit. L'assistante sociale de MSF a décrit les difficultés que le manque de ressources lui causait dans son travail :

Trois enfants étaient fréquemment sodomisés par des enfants plus âgés. Nous les avons pris en charge médicalement. Ils ne voulaient pas retourner dans la rue. Nous n'avions pas d'autres options le jeudi, ils ont donc dû retourner dans la rue. Le jeudi soir, ils ont été violés à nouveau. Vendredi, nous les avons emmenées à Kahembe [un centre de santé soutenu par MSF et doté d'un service d'hospitalisation] et elles y sont restées tout le week-end. Lundi, nous les avons emmenées dans un centre de protection, mais l'un des trois est parti parce qu'il estimait qu'il n'y avait pas assez à manger.

Le CCLK était peint en jaune vif. Le contraste était fort avec les vêtements ternes que portaient les enfants des rues. Je ne saurais dire s'ils étaient dans les tons marron ou kaki à l'origine, ou si le temps et la saleté les avaient rendus tels. Le groupe était composé de huit garçons et de deux filles que l'assistante sociale accueillait dans la salle utilisée pour les séances de groupe. Décorée sobrement, elle était néanmoins équipée de sièges individuels ; elle était calme et silencieuse, à l'écart des salles de consultation principales. Les enfants avaient entre 10 et 14 ans. La plupart d'entre eux frappaient du pied sous leur chaise avec agitation, pieds nus ou chaussés de tongs en plastique cassées. L'assistante sociale a demandé aux enfants combien de temps ils voulaient parler pendant la séance de groupe. Le consensus était d'une heure : après cela, ils iraient chercher de la nourriture. Elle leur a ensuite demandé de quels sujets ils voulaient discuter. Ils ont choisi collectivement l'éducation et la manière de sortir de la rue et d'entrer dans des centres d'hébergement et de formation.¹⁹

L'assistante sociale leur a ensuite demandé de choisir un membre du groupe pour animer la discussion. Quant aux raisons pour lesquelles ils aimeraient aller à l'école, ils avaient des idées

¹⁹ La discussion avec les enfants s'est déroulée en swahili et l'assistante sociale m'a remis un résumé de leurs conversations en français.

différentes. L'assistante sociale m'a dit qu'ils avaient dit que certains voulaient y aller parce qu'ils voulaient être respectés. D'autres étaient choqués de voir des enfants de leur âge aller à l'école alors qu'eux n'y allaient pas, alors que d'autres encore avaient une personne responsable d'eux mais qui n'avait pas les moyens de les envoyer à l'école. L'assistante sociale a demandé à ces enfants pourquoi ils avaient cessé d'aller à l'école. Quatre d'entre eux ont répondu :

1. Les moyens étaient trop limités. Sa mère s'était remariée et son nouveau mari ne voulait pas de lui.
2. Il n'y avait pas d'argent. Sa mère était morte et son père avait cessé de payer l'école.
3. Ses parents sont décédés. Sa tante l'avait recueillie mais ne voulait pas l'envoyer à l'école. Les autres cousins allaient tous à l'école. Elle a déclaré qu'elle était victime de discrimination au sein de la famille.
4. Les parents n'avaient pas d'argent. Sa mère a cherché du charbon de bois dans le parc. Il devait l'accompagner, il ne pouvait pas aller à l'école. Ils ne gagnaient pas assez d'argent. Il y avait des difficultés à la maison. Il a été obligé de partir.

L'ambiance dans le groupe étant devenue sombre, l'assistante sociale a redonné le moral aux enfants en leur demandant de taper dans les mains les uns des autres, un exercice simple qui a néanmoins provoqué des rires et une nette amélioration de l'atmosphère dans la pièce.

Ensuite, ils ont voulu aborder le deuxième sujet : comment sortir de la rue. L'assistante sociale a demandé combien d'entre eux étaient déjà allés dans les centres. Aucun d'entre eux n'y était

allé. Elle leur a alors demandé ce qu'ils attendaient de ces centres, ce qui les incitait à sortir de la rue. Ils ont donné les réponses suivantes :

1. L'éducation qu'il ne pouvait pas recevoir chez lui.
2. Pouvoir se doucher : il voulait se laver et s'habiller comme les autres enfants. Il avait l'impression que les autres enfants l'excluaient parce qu'il était trop sale. Il voulait aussi manger.
3. Alimentation.
4. Education, vêtements, protection - ils ont été exposés à des accidents de la route et des personnes importantes les ont battus, a-t-il déclaré.
5. Elle a dit que la nuit, elle était exposée à des personnes malveillantes. Des gens l'ont violée. Elle a dit qu'elle avait pris de la drogue et que des gens l'avaient violée sans qu'elle sache qui. Elle a pris de la drogue parce qu'elle avait froid et faim. Mais ensuite, elle était sous l'effet de la drogue et elle ne savait pas qui l'avait violée (elle avait 12 ans).
6. Avant-hier, ils ont été battus par les gangs, a-t-il dit. La police les a sauvés de l'endroit où ils s'étaient enfuis. Le gang avait volé l'argent qu'ils avaient sur eux.
7. Il a dit qu'il ne voulait pas retourner chez lui parce que la famille était pauvre. Ils [les enfants] avaient besoin d'un endroit où aller parce qu'ils avaient besoin de stabilité, d'éducation, de protection.

Ils ont ensuite dit qu'ils devaient aller chercher de la nourriture, promettant de revenir la semaine suivante. Ils ont demandé du savon pour se laver. Elles voulaient également que leurs

cheveux soient nettoyés et coiffés. Elles ont remarqué la forme de mon portefeuille dans ma poche et ont demandé à l'assistante sociale pourquoi je ne pouvais pas leur donner de l'argent pour se faire coiffer. Le pharmacien est entré avec un morceau de savon bleu pour chacun des enfants. Ils ont demandé si le pharmacien pouvait couper le morceau de savon en deux pour qu'ils puissent en donner un aux voleurs et en garder un pour eux.

La jeune fille de 12 ans, qui a déclaré avoir été violée à plusieurs reprises sous l'influence de drogues, a demandé si le mercredi suivant, après la réunion, elle pourrait se rendre directement au centre. L'assistante sociale lui a répondu que non, car ils ne savaient pas quel centre les accueillerait.

Centre de santé de Kahembe, jeudi 27 octobre 2022

Le lendemain, je suis allé avec un autre travailleur social visiter un autre centre de santé où nous travaillions avec les enfants des rues. Le centre de santé de Kahembe se trouve dans un quartier pauvre aux rues étroites, coincé entre l'aéroport et la frontière rwandaise, un ensemble de bâtiments serrés les uns contre les autres, disposés autour d'une série de passages. La direction du centre de santé en était venue à considérer les services offerts par MSF aux enfants des rues comme un problème pour ses affaires. Le directeur m'a dit que leur présence signifiait que les autres patients ne voulaient pas venir utiliser leurs services, ce qui les privait de revenus.

L'équipe était consciente du mécontentement du personnel du centre et prévoyait de déplacer les services dans un autre lieu. Les observations et les conversations avec les membres de l'équipe ont toutefois révélé qu'il y avait également des inquiétudes quant à ce que nos propres services étaient en mesure de réaliser.

L'assistante sociale a organisé une séance de groupe avec les enfants qui se trouvaient dans le centre ce jour-là, un groupe de garçons et de filles. L'une des filles était accompagnée de son fils, âgé de moins d'un an. Une autre fille était enceinte. La pièce où l'assistante sociale les écoutait n'était pas privée. Les gens passaient sur le côté pour sortir par la porte arrière de la clinique. Elle n'était pas non plus meublée de manière particulièrement confortable, seulement pourvue de quelques bancs en dur et de quelques affiches sur les murs. L'assistante sociale a mené la séance de groupe en swahili et m'en a parlé après avoir terminé :

Certains d'entre eux demandent à rentrer chez eux à Bukavu ou à Beni. Les enfants demandent une éducation. Ils ont besoin d'aller chercher de la nourriture, ce que nous ne pouvons pas leur donner ici... Un enfant vient de Beni, il dit qu'il est parti en 2014 à cause de la guerre. Nous allons essayer de le mettre en contact avec le CICR [Comité international de la Croix-Rouge]. Un autre enfant vient de Bukavu. Nous allons essayer d'obtenir l'aide de la DIVAS [Division d'affaires sociales du gouvernement congolais]. Tous les enfants veulent retrouver leur famille.

[...]

Il n'y a pas de superviseur [des activités sociales] dans le centre. Il n'y a pas de budget [de MSF]. Nous n'avons pas reçu les panneaux solaires que nous aurions dû avoir. Nous n'avons pas les jouets que nous voulions. Nous n'avons pas de budget. Ni pour leur donner de la nourriture - et ils demandent de la nourriture. C'est leur premier besoin. Les personnes vivant avec le VIH reçoivent un jus de fruit et un biscuit lorsqu'elles participent aux discussions du groupe de soutien. Pourquoi n'est-ce pas le cas pour les enfants ?

En effet, pendant que je parlais à l'assistante sociale, l'un des enfants s'est tourné vers moi et m'a dit qu'il avait faim en se tapotant le ventre. Plus tard, j'ai observé l'assistante sociale en

train de procéder à une évaluation sociale de la jeune fille enceinte. Elle avait 17 ans. Elle m'a dit qu'elle était dans la rue à cause de problèmes avec sa famille, qu'elle se disputait tellement avec sa mère qu'elle se demandait si elle était bien sa mère. La famille avait accepté d'accueillir son bébé après sa naissance, mais ne voulait pas la reprendre. Elle passait ses journées à mendier de la nourriture.

Peu de temps après, je suis allé voir l'infirmier superviseur MSF du centre qui m'a montré le centre et le parcours du patient. Alors que je posais des questions à l'assistant social sur la manière dont les patients lui étaient référés, l'infirmier superviseur m'a interrompu pour exprimer son point de vue sur la composante « travail social » du programme :

Superviseur : [Le travailleur social] peut écouter les patients mais ne peut parfois rien faire.

Le social, c'est l'action, et c'est ce qui n'est pas intégré dans le projet.

Jacob : Qu'en pensez-vous ?

Travailleur social 1 : Je suis d'accord. C'est 200 dollars par mois. Ce n'est pas assez... Je ne dis pas que nous avons besoin d'un budget énorme. Mais nous avons besoin de quelque chose. Une personne peut avoir des ressources, mais tant qu'elle a un problème - comme la malnutrition - nous ne pouvons pas lui permettre de développer ces ressources.

Il y a des enfants qui sont dans la rue simplement parce qu'ils sont pauvres. Ils demandent des choses que MSF n'est pas en mesure de prendre en charge.

L'infirmière surveillante n'était pas la seule personne à exprimer sa frustration à l'égard du travail social. Le psychologue du centre m'a dit que :

Les victimes de violences sexuelles ont de gros problèmes sociaux. Elles disent : "Vous m'avez aidée, mais j'ai tout perdu, mon mari m'a quittée". Que puis-je faire ? Je suis

limitée psychologiquement, je veux leur donner quelque chose pour les aider socialement.

Mais je n'ai rien. Je parlais du travailleur social, mais il n'a rien à leur donner non plus.

Les deux fois où j'ai vu les travailleurs sociaux interagir avec les enfants, j'ai été impressionnée par leur sensibilité, par le fait qu'ils prenaient le temps de bien les écouter, d'explorer avec eux la situation dans laquelle ils se trouvaient et la réponse qu'ils souhaitaient obtenir. Compte tenu de la violence qu'ils subissaient et de l'exclusion à laquelle ils étaient soumis, j'imagine que c'était l'une des rares fois dans leur vie quotidienne où ils étaient traités comme des êtres humains. Pour moi, c'était déjà quelque chose de très important. Mais j'eus aussi l'impression qu'après avoir écouté attentivement les besoins exprimés par les enfants, les travailleurs sociaux n'étaient pas en mesure de répondre à la plupart d'entre eux. La nourriture, l'hygiène, les vêtements et les chaussures étaient une question de survie pour des enfants dans une situation aussi précaire.²⁰ Pourtant, pendant les séances avec nos travailleurs sociaux, alors même qu'ils étaient écoutés, les enfants avaient faim, soif, étaient vêtus de haillons ; ils repartaient dans la rue dans le même état.

L'équipe s'est retrouvée dans une position difficile en raison du manque de moyens qui lui avaient été accordés pour fournir une aide directe. Non seulement ils étaient en conversation quotidienne avec des enfants victimes de violences sexuelles répétées et d'autres formes de violence que l'équipe ne pouvait rien faire pour empêcher, mais leurs propres collègues semblaient frustrés par les services qu'ils étaient en mesure de fournir. Le fait d'écouter ces enfants impliquait un engagement éthique de notre part que nous ne parvenions pas à remplir,

²⁰ Les preuves sont anecdotiques, mais l'un de nos partenaires, *Bon Dieu dans la rue*, m'a dit que depuis que MSF a commencé à fournir des soins médicaux aux enfants, la fréquence à laquelle on lui demandait de financer les enterrements des enfants des rues était passée d'une fois par mois à une fois tous les deux ou trois mois. Ils avaient l'impression que les enfants ne mouraient plus de leurs maladies. Cela montre à quel point la survie de ces enfants est en jeu dans notre travail avec eux.

et je me suis demandé comment l'équipe pouvait éviter de se blesser moralement dans une telle situation. Ils voulaient aider, on leur demandait d'aider, et la façon dont le projet était mis en place les obligeait souvent à dire "non".

Là encore, j'ai été frappé par la manière dont la différenciation entre le besoin "réel" et le besoin "exprimé" n'était pas utile pour réfléchir à ce que MSF pouvait ou devait faire pour aider ces enfants. La demande de nourriture était peut-être l'expression d'un problème social plus profond auquel l'enfant était confronté, mais je pense que la question que nous aurions dû nous poser ne concernait pas le statut de la demande formulée par la personne, mais notre capacité à y répondre. Je pouvais comprendre que nous n'étions pas en mesure de résoudre le problème des enfants sans abri à Goma. Ce que j'ai considéré comme incompréhensible, c'était notre incapacité à répondre aux besoins simples et immédiats des enfants qui se présentaient à notre clinique : les nourrir s'ils avaient faim, dépenser un dollar pour une paire de tongs en plastique, leur fournir un espace sûr pour se laver et changer de vêtements.

Discussion sur le budget, mardi 1er novembre 2022

J'ai eu l'occasion d'observer une réunion de l'équipe de projet qui répondait aux questions de la cellule de Paris sur le budget. La cellule demandait des précisions sur les actions prévues pour les activités de l'équipe de soutien aux patients. L'équipe projet a expliqué qu'il y avait une pression pour réduire le budget initialement proposé pour 2023.

Il y avait une contradiction entre cette pression ressentie par l'équipe et les ambitions pour l'année suivante : investir dans l'hospitalisation (une activité coûteuse), multiplier par six le nombre de centres de santé que nous soutenions et développer davantage les activités de soutien aux patients.

Ce que j'ai remarqué lors de la réunion, c'est que cette contradiction apparente entre les deux injonctions – augmenter et améliorer les activités tout en limitant les coûts – a conduit à une manière de construire le budget qui s'est appuyée davantage sur les contraintes que l'équipe estimait imposées que sur les réalités opérationnelles et les ambitions du projet. Par exemple, pour le soutien financier aux patients atteints du VIH, l'équipe n'ayant pas de ligne budgétaire pour cette activité en 2022, elle ne l'a fait qu'exceptionnellement. Cependant, comme elle estimait devoir maintenir un petit budget en 2023, l'équipe a basé ses dépenses estimées en 2023 sur les dépenses exceptionnelles de 2022. Pourtant, cela ne représentait pas le niveau réel des besoins pour cette activité, car l'équipe s'était fortement limitée à fournir ce type de soutien en 2022 en raison de l'absence d'une ligne budgétaire.

J'ai également constaté les effets de cette façon de construire le budget lorsque l'une des responsables de service a déclaré qu'elle recevait 80 personnes par mois dans son service. L'équipe a essayé de construire un budget basé sur le chiffre de 50 personnes par mois, car cela produirait un montant moins élevé, jusqu'à ce que le chef de service insiste sur le fait que 80 personnes par mois était le chiffre réel, et qu'ils devaient baser le budget sur ce chiffre.

Je me suis demandé où se situait le blocage. L'équipe avait-elle proposé quelque chose qui n'avait pas été compris ou qui n'était pas suffisamment bien construit pour être compris ? Ou bien la coordination et/ou la cellule exigeaient-elles de l'équipe de projet quelque chose qu'il serait difficile de satisfaire ?

Quelle qu'en soit la raison, je me suis demandé si le financement de nos activités de soutien aux patients était suffisant pour les mener à bien : 74 000 dollars sur un budget d'environ 1,5 million de dollars pour l'ensemble du projet. (La proposition initiale du superviseur pour le budget des activités de soutien aux patients était de 125 000 dollars). Après la réunion, une

nouvelle demande de réduction du budget de 20 000 dollars a été formulée, selon le coordinateur de projet.

Cette réunion m'a amené à m'interroger sur les ressources financières appropriées pour un domaine que nous avons identifié comme une priorité à la fois pour MSF en général et pour le projet de Goma en particulier. Aurait-il fallu que les échelons supérieurs de l'organisation soient disposés à augmenter le budget conformément à nos ambitions, même au cours d'une année où le budget avait été mis sous pression ? Ou, si une augmentation du budget n'était pas possible, quelles activités d'un projet diversifié et en pleine croissance devaient être réduites afin que nous puissions concentrer nos ressources sur notre priorité, quelle qu'elle soit ? Y avait-il une compréhension commune du projet, de ses activités et de ses objectifs, qui permettait à l'équipe de projet, à la coordination et à la cellule de se réunir et d'élaborer un budget qui reflétait la réalité du projet et soutenait ses ambitions ?

On nous avait dit qu'environ la moitié des travailleurs du sexe de Goma étaient contraintes d'exercer ce métier à causes de la pauvreté, et nombre d'entre eux nous demandaient activement de les aider à s'en sortir. Pourtant, nous supprimions de notre budget les quelques milliers d'euros destinés à apporter un soutien économique aux travailleuses du sexe, au motif qu'elles disposaient déjà d'un revenu. J'ai donc pensé que nous devions nous demander si les populations marginalisées que nous avons déclaré vouloir servir étaient également marginalisées dans la construction de notre budget.

Réunion de l'équipe chargée des activités de soutien aux patients, mardi 1er novembre 2022

Deux cas discutés lors de la deuxième réunion de l'équipe que j'ai observée illustrent les difficultés rencontrées par l'équipe lorsqu'elle a essayé de décider au nom du patient quel était son "véritable" besoin. Le premier cas concernait une travailleuse du sexe :

Assistante sociale 1 : Elle veut quitter son mari. Nous pouvons donc voir si elle peut retourner dans sa famille.

Travailleur social 2 : C'est aussi [son parent] qui l'a battue. Elle a passé une partie de sa vie dans [un] centre. Puis elle a été placée chez sa [parente]. Elle a commencé à travailler comme travailleuse du sexe parce qu'elle a rencontré d'autres travailleuses du sexe.

Superviseur : Il faut voir comment elle veut gérer la situation. Quelle est sa vision d'une situation positive si elle quitte son mari ? Les besoins qui subsistent - même après la médiation familiale - sont d'ordre socio-économique. Son [parent] l'acceptera-t-il si elle quitte son mari ?

Assistante sociale 2 : Elle n'était pas très stable [quand je lui ai parlé]. Elle voulait quitter son mari et partir vers l'inconnu.

Superviseur : Quel est le problème avec son mari ? Que lui reproche-t-il ? Reconnaît-elle quelque chose dans ce qu'il dit ?

Travailleur social 2 : Des rumeurs ont commencé à circuler sur le fait qu'elle est une travailleuse du sexe. Qu'il a épousé une travailleuse du sexe. Il lui a montré une photo d'une autre femme à la maison et cela l'a bouleversée. Elle dit que parce qu'elle est orpheline, elle n'a nulle part où aller.

Manager : Tous les couples ont des problèmes. L'évaluation consiste à déterminer depuis combien de temps le problème existe et comment il peut être résolu. Nous pouvons également développer une situation de résilience afin qu'elle puisse rester avec son mari malgré ce qu'il a fait. Elle n'a nulle part où aller. Avec [son parent], ce sera difficile. S'il s'agissait d'une seule personne [avec laquelle elle a un problème], je pourrais comprendre. Mais elle a des problèmes avec [son parent], avec la femme de [son parent], avec d'autres personnes.

Si nous lui donnons de l'argent pour une entreprise, va-t-elle disparaître avec ? Nous devons développer une stratégie de résilience [d'abord]. Deuxièmement, il faut voir ce qu'elle ferait si elle devait partir. Et troisièmement, voir si elle a le potentiel pour créer une entreprise.

Superviseur : Nous allons l'orienter vers un psychologue, nous allons voir ce qu'elle aimerait faire en termes d'emploi et si elle peut améliorer ses relations avec [sa parente] et son mari.

Le directeur : Si nous adoptons une approche centrée sur le patient, c'est elle, c'est elle qui est au centre. Si nous lui donnons quelque chose qui n'est pas ce qu'elle veut, nous reviendrons au même point.

Le deuxième cas concernait une jeune fille enceinte qui vivait dans la rue :

Travailleur social 1 : Il y a une fille qui a un enfant de quatre ans et qui est enceinte. Elle a laissé l'autre enfant chez sa grand-mère, mais celle-ci ne veut pas le prendre. [La jeune fille veut que nous l'aidions à placer son enfant [pas encore né] dans un centre pour le protéger de la rue.

Manager : Et comment envisage-t-elle de retrouver sa famille ?

Travailleur social 1 : Elle a de si mauvaises relations avec eux. Si elle rentre chez elle, il est certain qu'elle retournera dans la rue.

Le superviseur : Nous pouvons essayer de la mettre en contact avec d'autres organisations. Et aller voir sa mère pour travailler un peu avec elle.

Travailleur social 3 : Nous devons creuser davantage pour voir quel est son problème avec sa famille.

Travailleur social 1 : Il y a des problèmes familiaux. Parfois, elle rentre chez elle puis retourne dans la rue.

Superviseur : Elle est enceinte et sera donc stigmatisée par sa famille. Elle pense que sa famille est trop pauvre. La situation dans la rue est-elle meilleure qu'à la maison ? Si elle veut rester dans la rue, peut-elle avoir quelque chose pour l'aider ?

Directeur : Je ne pense pas qu'elle ait besoin de notre soutien. Elle veut que nous lui rendions la vie facile. Elle veut que nous prenions l'enfant pour qu'elle puisse continuer à vivre dans la rue. Un centre n'est pas une bonne solution. Nous devons l'accompagner jusqu'à ce qu'elle puisse s'occuper de son enfant. Elle a développé des vices dans la rue qu'elle veut continuer à pratiquer.

C'est à ce moment-là que j'ai interrompu la conversation pour demander si ne devenions pas trop moralisateur.

Directeur : Mais elle a une famille qui peut s'occuper d'elle. Un centre n'est pas la meilleure situation. Le bébé n'y aura pas de place pour toujours. Je ne pense pas qu'il y ait un centre

qui puisse accueillir un nouveau-né. Et il y a une famille qui pourrait... En Europe, il y a des centres. Ici, ce n'est pas le cas.

J'ai eu du mal à concilier cette discussion avec les scènes de soins individuels dont j'avais été témoin pendant mon séjour au sein de l'équipe - l'attention accordée par chaque travailleur social pendant les consultations, les discussions longues et réfléchies que j'ai eues avec le superviseur sur ce que l'équipe essayait de faire. La réunion a été l'occasion de voir surgir tous

« Le concept de contrôle. J'ai l'impression qu'il y a encore beaucoup de résistance à l'autonomisation des patients, dans leur vie, et lorsqu'il s'agit de travail social, je vois cela dans le fait de savoir comment s'assurer que si nous leur donnons de l'argent pour le transport, ils l'utilisent pour le transport, comment pouvons-nous contrôler, devons-nous les laisser signer une lettre - j'ai eu cela une fois - qui dit qu'ils s'engagent à utiliser l'argent pour ce que nous leur avons donné, et s'ils ne le font pas, nous devrions les exclure de notre soutien. »

Angela Modarelli, Responsable de la mise en œuvre mobile des soins centrés sur le patient, 9 juin 2022

les stéréotypes sur les pauvres : qu'ils cherchaient une vie facile, qu'ils prendraient l'argent et s'enfuiraient, mais surtout qu'on ne pouvait pas leur faire confiance pour savoir ce qui était le mieux pour eux, que c'était à nous de décider s'il valait mieux qu'une femme reste avec un homme ou qu'elle le quitte. Il est évocateur que lorsque le directeur a mentionné les soins centrés sur le patient, le sujet actif est passé de la femme à nous en tant que MSF, comme si ce n'était pas elle qui avait un problème, mais plutôt qu'elle était un problème pour nous : « Si nous lui donnons quelque chose qui n'est pas ce qu'elle veut, nous reviendrons au même point. »

Centre d'Enfants et d'Appui aux vulnérables, mercredi 2 novembre 2022

Le projet à Goma a fonctionné avec une série de partenariats, certains informels, d'autres formels, destinés à aider l'équipe à couvrir les besoins des patients. L'un de nos partenaires informels était le *Centre d'Enfants et d'Appui aux vulnérables*, géré par une organisation congolaise et situé sur une route jonchée de roches volcaniques noires, non loin du centre de santé CCLK. J'ai observé un flux régulier d'abeilles qui entraient et sortaient d'une fissure dans le toit de la véranda. Une file d'enfants passait devant nous, nous regardant curieusement, le superviseur et moi, pendant que nous attendions. Nous étions là pour rencontrer le coordinateur du centre. Il nous a invités à entrer dans son bureau et nous a expliqué que le centre fournissait une protection juridique et sociale aux enfants qui avaient des démêlés avec la justice, soit parce qu'ils étaient soupçonnés d'avoir commis un délit, soit parce qu'ils avaient été retirés à leur famille pour leur propre protection. Nous avons ensuite abordé la question des relations entre le centre et MSF :

Cela fait un petit moment que nous travaillons avec MSF. Mais vous avez un taux de rotation du personnel très élevé. Nous ne savons pas qui contacter. Et il s'agit d'un contact informel. Nous avons entendu de bonnes intentions, mais elles n'ont pas abouti.

Le centre est destiné aux enfants [avec lesquels vous travaillez]. Cela fait presque deux ou trois ans que le projet [MSF] a commencé, et vous n'avez envoyé que six ou sept enfants. À un moment donné, nous avons dit qu'il fallait faire plus pour que les enfants quittent la rue. Je ne pense pas que ce que vous faites soit très efficace.

[...]

MSF nous a fait de nombreuses promesses : vous nous construisez un réfectoire. Construire une cuisine. Construire un système d'eau. Construire un dortoir.

Nous n'avons jamais rien reçu de MSF - et vous payez d'autres organisations, pour quoi faire ?

[...]

Le partenariat n'est pas une question d'argent. Il s'agit d'un échange de connaissances. Par exemple, sur la manière de répondre aux besoins psychologiques des enfants. Vous nous avez donné de la nourriture pour deux jours. C'est inutile. Le partenariat devrait viser à nous renforcer.

MSF nous a apporté un réservoir d'eau pendant l'éruption volcanique, qui a vraiment sauvé beaucoup de vies. Mais vous ne nous avez même pas demandé si nous pouvions continuer à en avoir besoin - vous êtes juste revenus et l'avez prise, rapidement, comme si vous l'aviez oubliée quelque part.

Les promesses non tenues dans cet exemple étaient peut-être extrêmes, mais le thème du manque de clarté concernant les rôles et les responsabilités a souvent été abordé dans les conversations avec les partenaires que j'ai rencontrés à Goma.

La définition de ces responsabilités dans le domaine social a sans aucun doute été compliquée parce que notre façon de travailler avec les enfants des rues signifiait que nous ne cherchions pas simplement à leur apporter une aide immédiate, mais plutôt à améliorer leurs conditions à long terme. Cela a été difficile parce que la plupart des acteurs qui voulaient apporter des solutions à long terme cherchaient à réunir l'enfant avec sa famille : soit par le biais d'un processus de recherche des familles géré par le CICR, si elles avaient été séparées par la guerre, soit en confiant ce processus à l'un des centres de Goma qui géraient des programmes d'hébergement, de formation et de réunification des familles.

Ces centres ont des critères d'acceptation des enfants et des durées de séjour différents. La plupart d'entre eux visaient à accueillir un enfant d'une famille déjà identifiée afin de permettre une réunification relativement facile et rapide. Ils préfèrent souvent travailler avec des enfants plus jeunes. Beaucoup visent également à former la famille ou l'enfant à un métier afin d'améliorer le statut socio-économique de la famille, l'idée étant que l'enfant sera moins susceptible de retourner à la rue si l'environnement familial est plus confortable.

Le problème est que deux catégories d'enfants sont ainsi laissées de côté : ceux dont les parents sont morts ou introuvables (et qui ne seront pas retrouvés par le CICR parce que le problème est social et non lié au conflit) ; ou les enfants pour lesquels la famille représente un danger.²¹

Cependant, même pour ceux qui répondaient ostensiblement aux critères d'admission des centres, il n'était pas certain qu'ils puissent quitter la rue et se retrouver dans un environnement sûr, comme l'ont révélé les conversations avec l'équipe et d'autres acteurs impliqués dans la protection de l'enfance à Goma. Les centres souffraient d'un sous-financement chronique et étaient encore plus en difficulté à ce moment-là, car les fonds étaient détournés vers d'autres crises. Certains ne fournissaient pas suffisamment de nourriture aux enfants qui y étaient hébergés. D'autres étaient des lieux où des abus sexuels étaient commis par d'autres enfants et par des adultes. La réintégration dans une famille n'est pas non plus garantie : même avec une médiation, les problèmes réapparaissent souvent. La formation professionnelle dispensée par les centres a des résultats incertains : de nombreuses personnes ont reçu une formation de tailleur, par exemple, mais la couture est un métier complexe qui exige des compétences

²¹ Parfois, la famille a été considérée par l'équipe comme la solution idéale pour les personnes exclues. Cela peut s'expliquer par le fait que d'autres options manquent dans le contexte de Goma. Cependant, la famille est un lieu de violence pour de nombreuses personnes, ce qui signifie qu'elle ne peut pas être une solution pour tout le monde.

manuelles, des notions de calcul et d'alphabétisation, et dont la rentabilité est loin d'être garantie. L'existence de tous ces problèmes, et le fait que nous les connaissions, m'ont amené à remettre encore plus en question la discussion que nous avons eue avec les enfants des rues sur ces centres d'hébergement et de formation lors de nos sessions avec eux. Le centre ne serait autre chose qu'un rêve pour un très petit nombre d'entre eux.

Au Centre d'Enfants et d'Appui aux vulnérables, le superviseur a dit qu'il regrettait que MSF ne réfère pas les enfants avec lesquels nous travaillions alors que son institution disposait de places libres. Pourtant, l'équipe a exprimé le sentiment de n'avoir nulle part où référer les enfants avec lesquels elle travaillait. Ce décalage entre les critères et les attentes était évidemment frustrant pour toutes les personnes impliquées, alors que les organisations travaillant avec les enfants des rues estimaient qu'ils étaient 3 000 ou 4 000 à un moment donné. Il était révélateur d'un manque de clarté sur ce que nous voulions pour les personnes avec lesquelles nous travaillions et sur ce que nous étions prêts à faire pour les aider à l'obtenir.

Réflexions

Assis dans le bureau de l'assistante sociale de l'hôpital de référence de Virunga, le superviseur m'a fait part de ses réflexions sur le travail de l'équipe :

L'approche biomédicale considère un problème avec une solution déjà définie. Vous avez de la fièvre ? On vous donne du paracétamol. Pour nous, il n'y a pas de critères prédéfinis, de protocole qui lie la situation à l'action. Même si nous avons tous les moyens du monde, même si nous donnions n'importe quoi à n'importe qui, nous n'aurions pas aidé.

C'est comme la santé publique : si quelqu'un vient tous les jours à l'hôpital avec le paludisme, nous devons chercher les raisons [pour lesquelles il l'attrape] et empêcher cette personne d'attraper le paludisme.

Pour nous, c'est la même approche. Les problèmes exprimés ici sont les symptômes d'une maladie. Quelles sont les causes de cette maladie ? Nous devons agir sur ces déterminants. Parfois, cela signifie que nous devons travailler sur des éléments qui débloquent la capacité d'autonomie de la personne. Nous sommes fiers de travailler sur cette approche.

L'analogie a ses mérites, mais ce que j'ai vu, c'est que nous étions souvent confrontés à une situation où nous ne pouvions pas nous attaquer aux déterminants. MSF n'aurait pas pu empêcher les enfants de vivre dans la rue à Goma, ni les femmes d'être forcées à travailler comme prostituées, ni faire en sorte que les familles des personnes vivant avec le VIH leur fournissent soutien et soins. Ce que nous pouvons faire, en revanche, c'est atténuer la souffrance immédiate de certaines de ces personnes en leur apportant une aide matérielle et financière. Pour reprendre l'analogie du superviseur, c'est comme soulager la douleur d'une personne, même dans une situation où nous n'avons pas les outils pour fournir des soins curatifs.

Pourtant, comme le superviseur me l'a expliqué, le budget qu'il avait demandé - pour traiter dix situations par mois, donner 100 dollars par mois pendant trois mois à chaque personne - lui avait été refusé. « Le problème avec le social à MSF », a-t-il dit, « c'est que c'est fait chacun à sa manière : l'un dira, oh je pense qu'on peut faire ça et l'autre dira non. Et donc, au bout du compte, on ne fait rien ». J'ai été frappé par le fait que nous avions mis sur pied une équipe et que nous lui avions confié la tâche de changer la vie de personnes en situation difficile dans

une ville pauvre, avec pour seules instructions de développer l'autonomie d'une personne et 200 dollars par mois pour les urgences. J'ai eu le sentiment que l'équipe avait fait du bon travail en établissant des liens avec les personnes qu'elle voulait aider et en identifiant comment elle pourrait le faire, ainsi qu'en établissant des liens avec les autres organisations qui travaillaient sur les mêmes questions. En revanche, elles avaient été paralysées par un manque de soutien, à la fois technique et financier.

Le projet a également été compliqué par le fait que pour les trois groupes de personnes que nous essayions d'aider, nous proposons les mêmes types d'actions, mais avec des motivations parfois très différentes. Nous visions le succès thérapeutique dans une grande partie de notre travail avec les personnes vivant avec le VIH : créer les conditions pour que la personne prenne (et continue à prendre) ses ARV. Par souci d'efficacité opérationnelle, nous payons le transport des victimes de violences sexuelles, ayant fait le pari que si nous éliminions l'un des nombreux obstacles à l'accès aux soins pour ce type de personnes, cela pourrait nous aider à en atteindre un plus grand nombre. Pour le « bien-être » des patients, nous faisons toutes sortes de choses, depuis la fourniture de repas à la personne qui s'occupe d'un patient séropositif et qui a faim jusqu'à la tentative de réunification familiale pour un enfant vivant dans la rue.

Le problème était que chacun de ces objectifs impliquait une série de réflexions différentes pour l'équipe. Les questions sur les limites de nos actions pour amener une personne à son rendez-vous tous les trois mois n'auraient jamais été aussi compliquées que lorsque la question était de savoir comment aider une personne à quitter le travail du sexe, surtout dans un contexte où les institutions de l'État ne fonctionnaient pas et où les organisations non gouvernementales manquaient de financement. La diversité de nos objectifs, combinée à la rareté des organisations auxquelles nous pouvions nous référer, a posé une série de questions

compliquées à résoudre pour MSF. J'ai senti qu'il y avait encore beaucoup à faire pour réfléchir à la manière dont nous aidions les gens, aux bases sur lesquelles nous construisions notre action et à la manière dont nous pouvions remettre en question certains de nos propres préjugés. La volonté et l'ouverture d'esprit de l'équipe étaient certes là, mais il était nécessaire de mettre en place davantage de dispositifs pour les aider à mener les discussions et à élaborer leurs réponses.

La façon dont nous développerons nos réflexions sur ces questions à Goma reste cependant à voir, car la décision a été prise à la fin de l'année 2022 de transmettre la cohorte VIH, puis de fermer entièrement le projet, avec l'intention de développer une nouvelle proposition pour les activités concernant les populations marginalisées. La fermeture a été décrite par le directeur des opérations et le responsable de la cellule comme étant motivée par la réalisation des objectifs de l'équipe en matière de VIH, la pression budgétaire ayant conduit à une révision du portefeuille opérationnel, et face à laquelle le responsable de la cellule a exprimé sa préférence pour la sauvegarde des projets situés en zones de conflit, ainsi que l'impossibilité en termes de charge de travail pour une équipe de remettre une cohorte VIH en même temps que de repenser les composantes sociales de leur travail. Les raisons de l'arrêt du projet étaient diverses. Ce qui m'a frappé, cependant, c'est la façon dont les responsables ont fini par reproduire ce que l'on pourrait considérer comme les projets « typiques » de MSF – les hôpitaux dans les zones de conflit – tout en mettant fin à ce qui est souvent considéré comme un travail « atypique » pour nous, tel que le projet de Goma. Nos priorités opérationnelles étaient claires.

« En Haïti, de 2007 à 2009, nous avons mis en place un projet de soins à domicile. L'une des kinésithérapeutes nationales du projet était également infirmière, et elle était détachée avec une voiture et un chauffeur deux ou trois fois par semaine, et elle allait faire les deux types de soins. Elle était accompagnée d'une assistante sociale chargée d'évaluer les conditions de vie des patients, leur alimentation, etc. Pour un certain nombre de patients, nous avons effectué des travaux de réhabilitation à leur domicile afin de nous assurer que les fauteuils roulants pouvaient entrer, nous avons installé des rampes, nous leur avons donné des lits, nous avons installé des barres pour qu'ils puissent se lever...

Le microcrédit et tout ça, il y avait beaucoup de gens qui disaient : "ce n'est pas MSF, nous sommes ici parce que nous faisons de la traumatologie, des plans d'urgence, des brûlures, des vaccinations : faire des choses en dehors de ça, ce n'est pas MSF' Donc, quand je suis partie, c'est la première chose qui a été supprimée ».

Isabelle Mouniaman-Nara, directrice adjointe des opérations, 4 mai 2022

« Soyez curieux » - Un épilogue

Les gens disent maintenant « Oh, nous avons besoin d'une étude anthropologique » - non, vous avez besoin d'un CP et d'une équipe qui sont intéressés par le changement, l'écoute et l'adaptation. Ce qu'il faut, c'est s'assurer que l'on a posé les bonnes questions et que l'on y a répondu le mieux possible ».

- *Greg Keane, référent santé mentale, 16 mai 2022*

« Il n'est pas nécessaire d'être anthropologue pour le faire, pour s'asseoir avec un petit groupe de patients et leur dire, ok, ce matin, qu'avez-vous fait, qu'avez-vous fait à l'heure du déjeuner ? Que faites-vous le soir ? Comment êtes-vous venu à l'hôpital et qui a pris la décision de venir ? Qu'est-ce qui était compliqué ? Pour comprendre ce que vivent nos patients ».

- *Lucie Eches, cheffe de projet pour l'approche centrée sur le patient, 12 mai 2022*

« En fait, le problème, comme toujours, c'est de comprendre les vraies difficultés. Et c'est là qu'il faut être un peu curieux, être un peu attentif et parler avec les gens. Il faut faire tout ce travail, qui n'est pas forcément extrêmement compliqué. Mais il faut prendre le temps de le faire”.

- *Guillaume Le Gallais, membre du conseil d'administration et directeur des opérations 2000-2006, 19 mai 2022*

« Comment les malades paient-ils pour être malades ? Les expatriés posent rarement cette question. Les gens ne sont pas très curieux”.

- *Jean-Hervé Bradol, directeur d'étude au CRASH et président 2000-2007, 19 avril 2022*

Comme nous l'indiquions dans l'introduction, ce document pose plus de questions qu'il n'apporte de réponses. Il est donc impossible de conclure. En guise d'épilogue, j'ai toutefois voulu exposer quelques questions ou difficultés qui me sont venues à l'esprit lorsque j'ai commencé à réfléchir à l'injonction à la curiosité que j'ai entendue à plusieurs reprises au cours de mes entretiens. Comme le montrent les citations ci-dessus, pour un grand nombre de personnes, la curiosité joue beaucoup un rôle central dans la mise en place des programmes d'accompagnement social de nos patients. Il s'agit de poser les bonnes questions, de bien les poser et de bien écouter ce que les gens vous disent. Transformer un intérêt pour la situation difficile d'une personne telle qu'elle la vit en quelque chose qui l'aide.

Il est vrai, bien sûr, qu'il y a une part de responsabilité individuelle dans l'offre de soutien social et de soins plus généralement. Cependant, ce qui m'intéresse ici n'est pas de définir quelle est la bonne attitude à adopter, mais plutôt d'examiner quels problèmes institutionnels sont dissimulés par l'injonction à la curiosité. L'injonction déplace le problème sur l'individu et son attitude, plutôt que de prendre en compte tout ce qui structure le travail que nous faisons.

Mais avant même de considérer l'injonction à la curiosité, la notion de curiosité elle-même suscite quelques interrogations. La curiosité, dans notre contexte, n'est pas nécessairement ou automatiquement bénigne. Elle rappelle toute une histoire d'intervention dans la vie des autres par l'État et son appareil, ainsi que par les institutions caritatives. Le premier cas répertorié d'une assistante sociale travaillant dans un hôpital est celui de Mary Stewart au Royal Free Hospital de Londres en 1895. Son embauche était une réponse aux inquiétudes concernant les personnes qui faisaient de fausses déclarations sur leur statut socio-économique pour accéder à l'hôpital, l'une des rares possibilités pour bénéficier de soins gratuits dans la ville à l'époque. Son rôle était littéralement celui d'une gardienne : assise à l'entrée de l'hôpital, elle procédait

à l'évaluation sociale des patients potentiels et déterminait qui pouvait prétendre à des soins. L'orientation vers des associations caritatives offrant un soutien social était un aspect strictement secondaire de ses fonctions.²²

Cette idée victorienne des pauvres méritants et non méritants traverse l'engagement de la médecine dans le soutien social. Elle implique une certaine curiosité : pour savoir qui mérite d'être aidé, il faut s'intéresser à cette personne, être curieux de sa situation et se demander si elle mérite vraiment notre aide. C'est pourquoi nous voyons ci-dessus le passage (peu) commode de la volonté d'aider les plus démunis à la création de catégories et de critères permettant de juger les gens, à la création d'outils permettant de contrôler ces personnes et l'usage qu'elles font de l'aide que nous leur apportons.

En outre, chaque fois que nous portons un jugement sur quelqu'un, il est très facile de faire assaut de préjugés : ceux sur les pauvres peuvent apparaître dans les discussions d'équipes même bien intentionnées. Par exemple, dans les projets nutritionnels, on dit parfois que les mères sont responsables de l'absence de guérison de leurs enfants, soit parce qu'elles ne sont pas « capables » de suivre correctement nos instructions, soit parce qu'elles « maintiennent délibérément » leurs enfants dans un état de malnutrition pour revendre les compléments nutritionnels que nous leur donnons.²³ Cela trouve un écho historique dans la genèse du Service national de santé du Royaume-Uni, dont la fondation a été partiellement motivée par le manque d'hommes en bonne santé disponibles pour la conscription dans la guerre des Boers à la fin du 19^{ème} siècle. Cependant, au lieu de voir dans les conditions de vie et de travail

²² Sarah Gehlert, "Conceptual Underpinnings of Social Work in Health Care", in *Handbook of Health Social Work : Second Edition*, eds. Sarah Gehlert et Teri Brown (Hoboken, NJ : John Wiley & Sons, Inc., 2012), 6.

²³ Voir, par exemple, Michel O. Lacharité, "Revente d'aliments thérapeutiques : à qui profite la diabolisation des mères ?", *Le Souk*, 26 décembre 2022, <https://www.soukmsf.org/en/information-debates/resale-therapeutic-food-who-benefits-demonising-mothers>

engendrées par la révolution industrielle la cause du fait que 33 hommes sur 100 étaient trop faibles pour combattre, l'État britannique a décidé de blâmer « l'ignorance par les mères des conditions nécessaires à l'éducation d'enfants en bonne santé ». ²⁴ Il s'ensuivit la mise en place d'un système paternaliste consistant à « enseigner » aux mères comment élever leurs enfants et à organiser des visites à domicile pour permettre à la classe ouvrière de contrôler les résultats des soins prodigués.

« Ce qui empêche les gens de faire du soutien social, c'est le stéréotype des chômeurs en France, il y a toujours des gens qui disent, "oh ouais avec leurs allocations chômage ils achètent une télévision à écran plat, ils utilisent leur argent à mauvais escient". C'est parfois un sujet dont nous discutons à MSF, les effets causés par ce type de soutien. Je pense que c'est une vraie question, mais peut-être l'exagérons-nous ? Il est important de poser cette question, mais après l'avoir posée, il faut la creuser. Car parfois, nous nous contentons de dire "oh non, cela aura tel effet", et c'est une façon de l'écarter ».

Stéphane Doyon, responsable de cellule « volant », 6 mai 2022

Comme le montrent ces deux exemples, le désir d'être curieux de quelqu'un, d'apprendre à connaître ses problèmes, s'accompagne souvent de la tentation de penser que nous savons mieux que lui ce dont il a besoin. Il existe ici un parallèle avec le passage de l'autonomie telle qu'elle est comprise par l'éthique médicale - une injonction au médecin de respecter la volonté du patient et sa capacité à prendre des décisions concernant ses propres soins - à l'autonomie telle qu'elle semble être comprise par les travailleurs sociaux dans les études de cas. Il apparaît

²⁴ Major General Sir Frederick Maurice, cité dans Mary Hannity, "Two-year-olds are often cruel", *The London Review of Books*, 2 février 2023 <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v45/n03/mary-hannity/two-year-olds-are-often-cruel>

que l'indépendance est considérée comme la condition de base d'une vie digne, que l'individu libre de toute dépendance est considéré comme un membre actif de la société et une personne heureuse, et qu'il s'agit d'un état à cultiver chez la personne, et non à lui imposer. Il s'agit d'une hypothèse éminemment discutable – lequel d'entre nous n'est pas dépendant de quelqu'un ou de quelque chose ? – et qui devient presque tautologique lorsque l'injonction à la personne devient « autonomise-toi ». C'est la croyance que chacun d'entre nous peut trouver une place dans la vie qui corresponde à ses désirs et à ses qualités, indépendamment des facteurs structurels qui, dans de nombreux cas, le maintiennent dans sa situation, si seulement il peut mobiliser ses « ressources » de la bonne manière. L'injonction à l'autonomie est le reflet de l'injonction à la curiosité. Elle renvoie à l'individu la responsabilité d'échapper aux contraintes que le monde lui impose. Elle ne répond pas tant au désir de la personne elle-même qu'à une idée préconçue de ce que devrait être le résultat final du travail social.

La question de savoir ce que MSF pense que ce résultat devrait être reste ouverte, tout comme la question, par conséquent, de savoir ce vers quoi nos travailleurs sociaux travaillent. De nombreuses conceptions préexistantes du rôle du travailleur social ne se traduisent pas facilement dans le travail de MSF en raison des particularités de nos contextes d'intervention et de notre position au sein de ceux-ci. Quel est donc le rôle du travailleur social chez MSF ? Malgré leur présence au sein de l'organisation depuis de nombreuses années, ce n'est pas une question que nous nous sommes suffisamment posée. Sont-ils là simplement pour incarner une curiosité pour les gens semblant manquer ailleurs ? Sont-ils là pour faire les métiers qui ne rentrent pas facilement dans les catégories les plus établies, comme infirmière ou psychologue ? Je pense que la réponse est plus complexe. Mais quelle qu'elle soit, elle devra s'engager sur le sens du travail social en dehors d'un cadre étatique, pour tenter de fixer les objectifs et les méthodes d'un travail social humanitaire.

La curiosité n'est donc pas nécessairement sans conséquence. Elle n'est pas non plus neutre : s'intéresser aux problèmes de quelqu'un implique la nécessité de vouloir faire quelque chose à ce sujet. L'injonction à la curiosité implique un engagement institutionnel. Si, en adoptant l'approche centrée sur le patient, la direction de MSF dit aux équipes opérationnelles de s'intéresser aux facteurs sociaux des maladies de nos patients, alors il doit y avoir une volonté correspondante de mettre à la disposition de ces équipes les outils et les ressources nécessaires pour répondre correctement à ces questions.

« Nous voulons revoir notre approche médicale sur la base d'une compréhension précise des besoins des patients et de la population [sic], ainsi que de leurs contraintes... Nous devons encore travailler à la définition et la portée des soins "centrés sur le patient". Toutefois, un élément global commun est la reconnaissance de la perspective différente du patient et du médecin, et le fait de dépasser les éléments purement biophysiques de la maladie pour se concentrer sur la compréhension du patient et de sa maladie, dans son contexte social et culturel ».

Plan stratégique de MSF OCP, 2020 - 2023

Si l'on examine les programmes de MSF aujourd'hui, on constate qu'il existe une variété d'initiatives de soutien social, ainsi que des projets visant à traiter les personnes en situation de difficultés socio-économiques : programmes pour les toxicomanes en Iran, distributions d'argent pour les patients atteints du VIH et du cancer au Malawi, protection et soutien social pour les migrants et les réfugiés en Libye. Cependant, comme nous le voyons dans de nombreux exemples ci-dessus, la fourniture d'un soutien social est souvent considérée comme une activité marginale et n'est pas communément acceptée. La décision de fermeture du projet

de Goma a été partiellement motivée par l'exigence perçue de ne pas toucher aux projets dans les zones de conflit qui offraient des soins de traumatologie aux personnes « directement » affectées par la guerre. C'est-à-dire, indiquait la décision, ce que nous étions censés faire. C'est ce qui explique la situation dans laquelle l'opposition active au soutien social n'est pas ressentie comme généralisée, mais où cette activité demeure néanmoins quelque chose que MSF ne fait pas naturellement. Nous pensons souvent que c'est - pour reprendre l'expression d'un membre de l'équipe de Goma - le travail de quelqu'un d'autre de « mettre la main à la pâte ».

Les questions relatives au support social concernent fondamentalement le rôle et les limites de l'action humanitaire de MSF. De grandes questions auxquelles il existe de nombreuses réponses concurrentes. Pour une organisation qui continue de croître, la tentation est toujours là de prendre en charge de plus en plus de problèmes plus ou moins liés aux idées de l'action humanitaire médicale qui ont façonné notre histoire. Nous avons le privilège d'être une organisation qui, ne disposant pas de mandat autre que celui qu'elle se donne à elle-même, peut mettre en œuvre la programmation qu'elle souhaite en réponse aux problèmes qu'elle veut traiter. Cela pose néanmoins le problème de trouver un fil conducteur qui relie nos activités entre elles et de fournir des cadres aux équipes qui doivent prendre de grandes décisions sur le terrain. Le paradigme global doit-il rester la médecine, même si nous nous donnons la possibilité de faire parfois d'autres choses où nous sommes « utiles à quelque chose, vraiment utiles, et nous remplissons un rôle que personne d'autre ne peut remplir », pour reprendre les mots de Brauman ? Ou bien les parties de MSF qui plaident pour une conception élargie de notre action, plus axée sur les causes profondes, l'emporteront-elles ?

Outre les questions relatives à notre idéologie et à notre orientation, il existe des questions peut-être moins glamour mais non moins importantes sur la manière dont nous menons nos activités au jour le jour. L'un des problèmes liés à la fourniture d'un soutien social est exprimé par certains comme étant la charge de travail qu'il représente. N'était-ce pas une tâche de plus à ajouter à la liste déjà trop longue de ce que l'on demande à nos équipes ? Cette profusion de priorités, d'injonctions à faire plus de choses et à les faire mieux, place les responsables dans la position difficile d'essayer de décider ce qui est plus prioritaire que toutes les autres priorités. Dans les conversations au siège et sur le terrain, il y a parfois une sorte d'insatisfaction quant à la manière dont nous menons nos projets. D'en haut, cela se traduit par l'impression que les coordinateurs de projets ne sortent plus de leur bureau comme avant. En bas, ce sont les coordinateurs de projet qui signalent que le nombre de emails et de réunions qu'ils doivent gérer leur laisse peu de temps pour quoi que ce soit d'autre, alors qu'ils doivent en plus essayer de répondre à toutes les attentes placées en eux par les instances supérieures.

Comment créer l'espace des priorités en communiquant clairement sur ce qui n'est pas prioritaire, ou sur ce qui l'est moins que d'autres ? La question est de savoir comment permettre l'élaboration d'un « cadre de curiosité(s) » applicable aux situations dans lesquelles nous travaillons, afin que la curiosité ne soit pas simplement noyée dans le flot des tâches quotidiennes exigées par les supérieurs hiérarchiques et référents techniques.

Cette série d'interrogations peut être décomposée en cinq questions de nature très différente. La première est de savoir comment nous jugeons les besoins « réels » des gens. La deuxième concerne le rôle que l'argent et les dons devraient jouer dans la fourniture de l'aide humanitaire, ainsi que l'importance qu'ils revêtent. La troisième est la question de savoir quel

est le rôle d'une personne récipiendaire : non seulement ce qu'elle peut attendre de nous en termes de latitude de décision, mais aussi ce que nous pouvons attendre d'elle en termes de ce qu'elle fait avec l'aide apportée. La quatrième question est de savoir dans quelle mesure MSF devrait travailler sur les sources des problèmes qu'elle tente de résoudre, plutôt que sur les symptômes. Enfin, la dernière question est de savoir comment nous nous organisons lorsque nous avons des ambitions institutionnelles mouvantes.

Ces questions - auxquelles il n'y a pas de bonnes réponses - nous permettent d'entrevoir la formidable richesse du sujet de l'accompagnement social chez MSF. C'est un sujet qui de prime abord est celui d'une technique particulière mais qui se révèle rapidement être une question qui touche au cœur de l'identité et du caractère de l'action humanitaire que nous voulons entreprendre. Quel est le périmètre propre à l'action de MSF ? Comment prenons-nous soin des gens et de quoi devons-nous nous soucier ? Comment connaissons-nous les personnes que nous décidons d'aider ? Et comment travailler avec les autres organisations - gouvernementales ou non - qui nous entourent sur le terrain ? Ces questions sont vertigineuses lorsque l'on tente d'y répondre dans le cadre d'une politique globale ou d'une approche générale. Bien qu'elles ne soient pas nécessairement moins difficiles à résoudre lorsqu'elles sont posées au niveau spécifique, j'espère que ce document a montré que c'est en se confrontant aux particularités des problèmes concrets qu'elles trouvent véritablement leur sens.

Annexe : Liste des personnes interrogées

Jean-Hervé Bradol	Directeur des études au CRASH et président 2000-20007
Rony Brauman	Directeur des études au CRASH et président 1982-1994
Mego Terzian	Président 2013-2022
Isabelle Mouniaman-Nara	Directeur adjoint des opérations
Sarah Château	Responsable de la cellule 4
Ely Sok	Responsable de la cellule 7
Stéphane Doyon	Responsable de la cellule volante
Thierry Allafort-Duverger	Directeur général
Natalie Roberts	Directeur des études au CRASH et responsable du bureau d'urgence 2017-19
Pierre Mendiharat	Directeur adjoint des opérations
Lucie Eches	Chef de projet pour l'approche centrée sur le patient
Johanne Sekkenes	Responsable adjoint de la cellule 5
Greg Keane	Référent santé mentale
Andrea Bussotti	Directeur de la communication
Abdalla Hussein	Responsable de la cellule 9
Philippe Blasco	Conseiller en éducation et conseil aux patients
Bertrand Taithe	Professeur à l'Institut d'action humanitaire et de réponse aux conflits, Université de Manchester
Guillaume Le Gallais	Membre du conseil d'administration et directeur des opérations 2000-2006
Isabelle Defourny	Président 2022-
William Hennequin	Directeur des opérations
Pierluigi Taffon	Membre du conseil d'administration, MSF Italie
Léon Salumu	Responsable de la cellule 5
Khalid El-Sheikh	Responsable adjoint de la cellule 8
Michel Lacharité	Responsable de la cellule d'urgence
Eric Manuel de Condinguy	Travailleur social à Goma
Marie-Hortense Koudika	Responsable adjoint de la cellule 3
Sébastien Granier	Chef du service financier sur le terrain
Jean Hereu	Pérou Chef de mission
Marianne Viot	Gestionnaire de projet pour les abus et la diversité, l'équité et l'inclusion
Robert Keango	Coordinateur médical en Ouganda
Marc Schakal	Responsable de la cellule 8
Angela Modarelli	Responsable de la mise en œuvre mobile des soins centrés sur le patient
Marie-Hélène Jouve	Chef de mission et auteur d'un rapport de 2007 sur les interventions sociales de MSF