

# PRATIQUES

*Les cahiers de la médecine utopique*

31

**DOSSIER**

*Justice et médecine*

# S O M M A I R E

## Dossier Justice et médecine 3

### MÉDICALISATION DE LA JUSTICE : DU PIRE AU MEILLEUR

Punir n'est pas guérir	4	Hélène Franco
A propos des expertises psychiatriques	7	Marie-Claude Dewulf
Un délai fatal	9	Jean-Luc Boussard
La folie, point de butée de la responsabilité	10	Claude Louzoun
Soigner, se soigner en prison	12	Jean-Luc Boussard
Réquisition et garde à vue	15	Patrick Chariot
Injonction thérapeutique au cabinet médical	17	Martine Devries
Une alternative aux poursuites judiciaires	19	Marie-Pierre Delannoy
Violences conjugales	20	Laure Vanwassenhove, Jacqueline Cadio
Auprès des gendarmes	22	Jacqueline Cadio
Prendre en charge des hommes violents ?	23	Sophie Eyraud

### JUDICIARISATION DE LA MÉDECINE

Judiciarisation : une nouvelle perversion	26	Anne Perraut Soliveres
L'éléphant judiciaire dans le cabinet de porcelaine	28	Patrice Muller
Quel expert pour un médecin généraliste ?	31	Anne-Marie Pabois
L'ordre : du pair au pire	31	Bernard Coadou
Certificat médical et logique de la preuve	33	Cécile Henriques, Sibel Agrali
Le consentement éclairé : un droit au refus de traitement	37	Salomé Viviana
Le médecin et le consentement éclairé	40	Martin Winckler
Mehdi, de la déception à l'analyse	42	Martine Devries
Le malade, la médecine, le juriste et la mort	43	Sylvie Lagabriele
Inégalités du droit à mourir	45	Bernard Senet

### DE L'INSTRUMENTALISATION À L'ALLIANCE CONSTRUCTIVE

Le secret professionnel	47	Hélène Franco
Collectif anti-délation	49	Alain Chabert, Claire Gekiere
Où médecine et justice se rencontrent	53	Odile Barral
On n'apprend pas la vie en prison	55	Marie Lafosse
À la recherche du risque zéro...	57	Anne Perraut Soliveres
Institutionnaliser :		
les devenirs paradoxaux du médical et du juridique	58	Christiane Vollaire
Le cannabis entre judiciaire et sanitaire	62	Nicole Maestracci
Soignants et magistrats soumis à la question	64	Patrice Muller, Odile Barral
Nous avons lu pour vous	66	Evelyne Malaterre

## Rubriques

Edito	67	
Sans papiers : non à l'exclusion des soins	68	
Incendies en série. Ce n'est pas une fatalité !	69	
L'Observatoire des méfaits de la réforme du système de santé	70	
Le « mauvais risque »	71	Pierre Volovitch
Le corps du loisir ou l'injonction photographique	73	Monique Sicard
Aujourd'hui, quelle santé pour les plus démunis ?	77	Denis Labayle
Quelles leçons tirer des affaires « coxibs » ?	79	Jean-Louis Montastruc
Chimère carpentrassienne	83	Bernard Senet
Un parcours exemplaire	87	Marie Debelleix, Elisabeth Pénide
Violences sexuelles au Kivu	90	Denis Mukwege
Déshydratation	92	Jean-Pierre Lellouche
Nous avons lu pour vous	93	Jean-Pierre Lellouche

# D O S S I E R

## Médecine et justice

**Les rapports entre médecine et justice sont à la fois nécessaires et à haut risque. Les deux institutions sont en crise, en décalage par rapport aux problèmes sociaux réels que traverse notre société : la médecine s'avère souvent un instrument de contrainte et d'inégalité, tandis que les acteurs politiques tendent, en matière judiciaire, à réduire la prévention à une répression anticipée. Les deux institutions sont aussi, conjointement et de plus en plus, dans des missions de surveillance : réseaux d'alerte, de délation, de contrôle techno-centralisé.**

**Le médecin confronté à l'institution judiciaire peut se trouver du côté des experts, sa position peut être ambiguë : dénonciateur légitime de maltraitance, il peut être amené à marginaliser à son insu des milieux déjà défavorisés ; délateur de déviance, il participe par là même à des formes de normalisation sociale ; ou encore médecin auxiliaire de justice, sa position est aussi sujette à caution, comme le montre en particulier le domaine de l'expertise psychiatrique. Du côté des accusés, les médecins sont confrontés à une judiciarisation croissante des pratiques médicales, doublée d'une juridiction d'exception qui redouble la justice ordinaire : celle de l'Ordre des médecins. Une telle judiciarisation n'accroît nullement la qualité des soins, mais place au contraire le médecin en position perpétuellement défensive.**

**Mais le médecin est aussi convoqué dans les systèmes punitifs dans une position à risque : dans les locaux de police lors des gardes à vue, où la position du médecin est offerte à toutes les ambiguïtés de la relation au système policier. Dans le système carcéral, où les conditions de la détention soumettent prioritairement le patient prisonnier au pouvoir pénitentiaire. Enfin, la médecine est aussi liée aux procédures punitives de médicalisation des châtiments : castration chimique, chantage au soin ou à la prison, injonction thérapeutique.**

**Enfin se pose la question de l'encadrement des pratiques médicales par le pouvoir législatif, dans les cas de l'avortement, de l'euthanasie ou du statut juridique du corps humain, où l'alternative entre autorisation et interdit se heurte à la réalité des demandes et des pratiques, et nécessite sans cesse de repenser la loi et les rapports troubles entre légalisation et pénalisation, contrôle et commercialisation.**

**Médecine et justice, instruments d'une politique, se rejoignent parce qu'utilisées conjointement à des fins de contrôle social. Peuvent-elles se rejoindre plus positivement dans une réflexion commune, sur les risques de leur instrumentalisation, le cadrage à assigner à leurs interventions, les alliances qu'elles peuvent nouer et les refus qu'elles doivent concrètement opposer pour se mettre au service d'une exigence authentique de justice sociale ?**

**Christiane Vollaire et Evelyne Malaterre**

Résumé : La pénalisation croissante de notre société se combine avec des incursions accrues de la médecine dans les procédures judiciaires. Est remise en question l'indépendance de la justice et la médecine au profit des dirigeants politiques qui prônent la politique du « tout sécuritaire ».

# Punir n'est pas guérir

Hélène Franco

*Vice-présidente du Syndicat  
de la Magistrature et juge  
des enfants à Bobigny*

La pénalisation croissante de notre société se traduit en termes qualitatifs et quantitatifs. Quantitativement, cette pénalisation se manifeste par un alourdissement considérable des peines et par une augmentation du nombre des faits punissables. De nombreux délits ont été créés ces dernières années (fraude habituelle dans les transports, entrave à la circulation dans les halls d'immeubles, racolage, mendicité agressive, ...) sans qu'aucun n'ait été supprimé. Plus fondamentalement, notre société inquiète se rassure en étendant continûment le champ de la sanction. Mais comme la punition doit trouver une justification, une opinion répandue assigne au procès et, partant, à la peine une fonction thérapeutique, voire curative.

## Quelle valeur thérapeutique du procès pour la victime ?

Combien de fois, avant un procès médiatique, entend-on dire « La victime va enfin pouvoir faire son deuil » ?

Cette assertion est pourtant vivement contestée par les psychiatres les plus sérieux.

Le deuil est en effet un travail personnel, en aucune façon transposable d'une personne à une autre, et non linéaire. Le procès a au contraire une fonction sociale, collective, et se déroule selon une procédure strictement définie. Il est donc particulièrement aléatoire d'imaginer que le travail de deuil de la victime puisse automatiquement et mécaniquement se faire grâce au procès.

Pour être acceptable pour notre société en quête de bien-être, la souffrance doit être rationalisée, mise en mots, alors même qu'il est assez fréquent de rencontrer des victimes disant quelles ne souhaitent pas s'exprimer. Pour ces victimes, le processus judiciaire, sous-tendu bien souvent par un battage médiatique, n'est-il pas une épreuve supplémentaire ?

## Quelle valeur thérapeutique pour l'accusé ?

Pour Michel Foucault, la psychiatrie sert à transformer « le vilain métier de punir en gentil métier de soigner ». Mais que dire d'une justice qui s'érigerait en thérapeute du corps social ? C'est pourtant le rôle qui lui

est de plus en plus souvent assigné. Le mouvement est double : dans les affaires impliquant de la violence ou des infractions à caractère sexuel, on assiste à une sorte de déjudiciarisation du procès avec une place souvent excessive donnée aux experts psychiatres et psychologues n'hésitant pas à se répandre dans les médias sur leurs conclusions, avant même la fin du procès ; d'autre part, les peines prononcées, dans ces mêmes affaires, sont de plus en plus lourdes. Le nombre des peines supérieures ou égales à cinq ans d'emprisonnement, toutes infractions confondues, est ainsi passé de 9 795 en 1993 à 13 333 en 2003 (1). Pour les infractions sexuelles, le constat est encore

plus net : en France, 85 % des condamnés pour viols sont détenus pour cinq ans et plus, contre 12 % en Allemagne, 5 % en Italie, 4 % aux Pays-Bas. Entre 1984 et 2001, le nombre des condamnations et le quantum des peines prononcées ont été multipliés par deux (2).

Tout se passe comme si une justice de plus en plus répressive rechignait à s'assumer comme telle, d'où l'illusion que si l'on fait du mal au condamné en le privant de sa liberté d'aller et venir et d'autres droits élémentaires (notamment le droit à la sexualité et à une vie familiale normale), c'est pour son bien autant que pour celui de la société. Or, la fonction de la peine d'emprisonnement, parfaitement analysée par Foucault, n'a

jamais été de soigner, mais de restaurer la loi et de défendre la société. L'une des modalités de l'incarcération a longtemps été appelée « prise de corps », expression qui traduit parfaitement la réalité : il s'agit pour l'Etat de s'approprier le corps des détenus afin de le contraindre et de le garder à disposition.



Ce rappel, qui a la force de l'évidence, est d'autant plus nécessaire à une époque où certains ont idéologiquement intérêt à brouiller la frontière entre l'ouvert et le fermé, entre la détention et la liberté : des centres éducatifs fermés aux établissements pénitentiaires pour mineurs, en passant par les prisons pour courtes peines, le discours officiel tend à faire croire qu'il puisse exister une forme « allégée » de l'enfermement, ce qui bien évidemment n'est pas anodin dans une société démocratique dans laquelle la liberté est en principe une valeur fondatrice.

#### Justice et médecine au gré de l'émotion

Le constat d'une répression accrue et d'un rôle croissant de la médecine dans le pro-





cessus judiciaire doit être mis en perspective. Il est temps pour la justice et la médecine de revendiquer une réelle indépendance par rapport à d'autres considérations contingentes. Qu'un libéré conditionnel récidive, qu'un acte de délinquance sexuelle connaisse une résonance médiatique, et c'est le prétexte pour les politiques de modifier la loi dans un sens répressif de manière pulsionnelle et sans réflexion. De même, l'annonce récente par le garde des sceaux d'une vaste expérimentation sur la castration chimique des délinquants sexuels volontaires aurait dû entraîner une prise de position éthique du corps médical, il n'en a rien été.

Enfin, les dernières lois en matière de suivi des délinquants sexuels ont impliqué toujours davantage les médecins. Ainsi, la loi de 1998 instaurant le suivi socio-judiciaire a prévu que le condamné soit suivi par le médecin de son choix, mais que celui-ci réfère à un « médecin coordonnateur » nommé par le procureur de la République des éventuels incidents dans le suivi, et notamment l'interruption de celui-ci. Le médecin coordonnateur a lui-même l'obligation de répercuter au juge de l'application des peines les informations qu'il détient quant aux éventuels incidents. En dehors de son côté usine à gaz, ce dispositif porte clairement atteinte au secret médical. Ce n'est rien à côté de la proposition de loi sur le traitement de la récidive votée le 16 décembre 2004 par l'Assemblée nationale qui dispose (article 7) que pour le placement sous GPS mobile après la libération prévu par ce même texte pour les délinquants sexuels, « le juge de l'application des peines recueille l'avis des médecins et médecins psychiatres ayant eu à connaître du condamné » sur la dangerosité de ce dernier. Compte tenu de la généralité des termes employés, c'est tout médecin ayant eu à intervenir auprès d'un détenu au cours de l'exécution de la peine

quels que soient sa spécialité, l'objet de son intervention et la durée de celle-ci, qui est potentiellement appelé à donner son avis sur la dangerosité de l'intéressé. Outre le fait que cette disposition prive les détenus d'un droit fondamental, le respect de leur vie privée au regard du secret médical, le risque est de dissuader ceux qui en auraient le plus besoin de consulter un psychiatre en détention et, en tout cas, de fausser irrémédiablement la relation patient/médecin. Cette disposition a été écartée par le Sénat lors de l'examen de la proposition de loi, mais montre à quel point la tentation est forte d'enrégimenter les médecins, au nom de la lutte contre la criminalité ou contre la récidive, loin de leur métier qui consiste à soigner et au mépris de principes fondant leur action.

L'enjeu n'est pas mince, car des rapports successifs ont montré la prévalence parmi les détenus de troubles psychiques ou de maladies mentales. Au total, l'implication croissante de la médecine dans le processus judiciaire s'est souvent faite sous l'impulsion de dirigeants politiques soucieux d'émettre des signaux rassurants en direction de l'opinion publique « travaillée » par une forte demande de sécurité. Le brouillage des repères et des cultures professionnels de chacun n'a pas été évité, au détriment des droits et libertés individuelles. Il est temps que magistrats et thérapeutes engagent une réflexion commune pour contrer ces dérives.

1. Les chiffres-clés de la justice, publication annuelle du ministère de la Justice.

2. Chiffres au 1<sup>er</sup> septembre 2001, source Conseil de l'Europe, SPACE.

Résumé : Une brève réflexion d'un psychiatre de terrain sur l'expertise psychiatrique, interface médecine-justice idéalement au service du citoyen, ou paradigme du pouvoir médical par le biais d'un illusoire « savoir sûr », ou captation utilitariste d'un « supposé savoir » au service de la régulation sociale, travail de réseau de tissage de toile (d'araignées). L'un, le juge, attendant de l'autre, le psychiatre, une objectivité que le dernier, avec ses outils, ne peut lui donner.

# A propos des expertises psychiatriques

« Tel nous sommes de l'intérieur,  
Tel nous jugeons les autres »  
Proverbe hindou

## Plais à ton juge

Point n'est besoin de diplômes spécialisés pour être expert en justice. Il suffit de poser la candidature auprès du Parquet du tribunal de grande instance (TGI) de son lieu d'exercice, d'y déposer un CV, d'être reçu en entretien par le procureur de la République du moment. Ensuite, on est « essayé » par les magistrats du lieu avant d'être définitivement inscrit sur la « liste des experts auprès de la cour d'appel » dont dépend le TGI. Sur quels critères ? Convenir aux magistrats qui confieront les missions d'expertise. Missions effectuées « sous le contrôle du magistrat ou en lien avec lui » disent les textes. « Connais ton juge », disent les avocats avant de présenter leurs requêtes. « Plais à ton juge » devraient dire les experts.

« Ce que nous recherchons, au moins formellement dans un procès, c'est la vérité des faits » dit au *Monde* du 29 mai 2005 Xavier Lagarde, spécialiste du droit de la preuve. Le « comprendre pour ne pas juger » ne s'applique pas en justice. Le juge qui recherche la vérité (des faits) veut comprendre pour bien juger. Le rôle de l'expert est d'éclairer le magistrat... sans prendre parti pour la victime, l'auteur, les avocats, le Parquet ou le juge d'instruction (voir les dégâts de la trop

célèbre affaire d'Outreau). L'expertise psychiatrique pénale, ordonnée par une juridiction répressive, ouvre le droit de renseigner sur l'état du sujet qu'il est demandé d'expertiser, au moment des faits.

Heureusement pour eux, les psychiatres ne manquent pas de travail en dehors des missions d'expertise pour la justice, puisque la profession est très déficitaire surtout en professionnels... qui acceptent encore de se consacrer au soin clinique. Oui, « ce qui est rare est cher ». L'expertise psychiatrique pénale est peu payée (par rapport à n'importe quelle expertise civile dans n'importe quel domaine). Faire une expertise n'est pas « rentable », si elle est bien faite, eu égard au temps qu'on devrait y passer. Et la tâche de l'expert pénal est énorme. Il lui faut répondre à des questions telles que :

- Description de la personnalité.
- Y a-t-il une pathologie repérable ?
- L'accusé est-il responsable ? dangereux ?
- Est-il accessible à la sanction ?
- Est-il curable et rééducatif ?
- Le cas échéant, se prononcer sur une injonction de soin.
- Dire la crédibilité.
- Signaler tout ce qui peut aider à l'établissement de la vérité.

Une expertise pénale est un acte technique. Elle est ordonnée par une juridiction d'instruction ou

Marie-Claude  
Dewulf

*Pédopsychiatre*



de jugement (à noter qu'elle n'est presque jamais demandée dans les procédures de comparution immédiate).

L'expertisé est informé que le médecin qui pratique l'expertise l'examine à la demande d'un magistrat auquel il rendra compte. Il peut refuser l'expertise. Il aura d'ailleurs connaissance de cette expertise par l'intermédiaire de son avocat, il pourra la contester et réclamer une contre-expertise.

### Ordonnance et ordonnance

L'ordonnance du magistrat s'impose à l'ordonné. Elle dit la loi, écrite dans les codes. Le magistrat dit la loi... qu'il n'a pas faite, et l'impose. L'ordonnance du médecin, même rédigée selon les règles de l'art et de la Sécurité sociale, ne s'imposera jamais. La porte du cabinet médical refermée, je peux la retrouver, déchirée, dans la poubelle du voisin, sinon la mienne. Qui du pouvoir médical ? Le devenir possible de mon ordonnance m'indique que le pouvoir médical ne s'assoit sur rien d'autre que des représentations... médecin « tout sachant »... pas « tout prouvant » ! Représentation assumée pour le médecin, assurée par le patient qui demeure sujet, malgré tout ! L'ordonnance du magistrat s'applique de façon contraignante au sujet (il a été sujet de son acte). Le pouvoir de la loi n'est pas une représentation.

Alors, pouvoir médical et pouvoir judiciaire...

Le paradigme du pouvoir médical est l'expertise pénale. Le dire du médecin est repris par le magistrat qui dira la loi. Le savoir médical, combien subjectif en psychiatrie, est alors instrumentalisé, objectivé par le pouvoir judiciaire.

Et lorsqu'on n'est pas (peu) payé en argent, on se fait payer en (succédané de) pouvoir ?

### Deux situations récentes, du quotidien... parmi tant d'autres

*L'expert, un homme d'expérience*

Jessica est mineure, placée par le service de protection de l'enfance dans un établissement d'ac-

cueil pour adolescents. Elle avait (déjà) deux affaires en justice. Dans la première, elle était auteur de violences dans cet établissement et devait passer devant le juge des enfants. Une expertise avait été ordonnée... qu'elle avait refusé. Au cours de l'instruction de cette première affaire, quelques mois plus tard, elle révèle des faits graves de maltraitance physique et sexuelle dont elle avait été victime pendant des années, alors qu'elle était enfant. Une seconde instruction est ouverte par le juge d'instruction. Une expertise (où elle est victime) est ordonnée. C'est le même expert psy qui est nommé. Lorsqu'il a fixé rendez-vous pour cette expertise, il s'est trompé d'affaire, s'attendant à recevoir la jeune fille violente, caractérielle de la première affaire. Il ne prend jamais connaissance des dossiers avant de faire une expertise, me dit-il. Quelles auraient été ses conclusions si Jessica n'avait pas à nouveau refusé de rencontrer l'expert ? (Elle se méfie des médecins).

*L'expert, homme d'expérience, à quoi pourrait-il servir ?*

Un couple se sépare. Ils ont un bébé de deux mois. Lui quitte le domicile conjugal précisant sur une main courante à la police qu'il n'abandonne pas sa fille. Il me contacte (sa fille a alors six mois) pour me demander mon aide de pédopsychiatre sur l'ordonnance rendue par le juge des affaires familiales la veille, son avocat étant très content, et lui perplexe. En l'absence de jugement en référé dès la séparation, la mère lui a interdit de voir l'enfant pendant quatre mois. Il souhaite reprendre contact avec sa fille de façon progressive. Tout sachant, les avocats respectifs ont présenté au juge, qui a entériné, la « progressivité » suivante : deux heures chez le père par semaine de 6 à 12 mois ; quatre heures de 13 à 24 mois ; puis droit de visite et droit d'hébergement habituels (un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires). Si cette ordonnance rend le père perplexe, elle me met très en colère. Juge des affaires familiales et avocats n'imaginent pas ne pas avoir de connaissance sur la façon dont un petit enfant crée des liens. Ils ont

même trouvé que quatre mois pour juger de l'affaire est déjà très rapide... demander un avis à un professionnel pour envisager la façon dont on peut « réintroduire » un père dans la vie d'un nourrisson ne leur paraît pas indispensable. Ils sont contents : ils ont fait du progressif ! Ils savent et le juge des affaires familiales a le pouvoir d'ordonner. Le père fait appel de la décision. La petite fille sera en robe de communiante quand l'ordonnance reviendra de la cour d'appel...

Pour terminer... parmi les vingt-cinq pays de l'Union européenne, pour son budget de la justi-

ce, la France occupe la 23<sup>e</sup> place. Or, de plus en plus, il est demandé au juge d'intervenir ici, là, partout. Il est le Père qui n'est plus.

#### Bibliographie

- *Le Monde* du 29 mai 2005.
- *L'expertise psychiatrique pénale*, J.-L. Deschamps, Synapse, avril-mai-juin 2004.
- « De l'expertise de la perversion à la perversion de l'expertise », P. Lamothe, *La lettre de la psychiatrie française*, mai 2005.
- Les dossiers du *Canard enchaîné*, « L'horreur judiciaire ».
- *Une défense de la peine*, Jean Danet, Culture-Droit n° 2, avril-mai 2005.



# Visage

## Un délai fatal

Jean-Luc Boussard — Médecin généraliste

A soixante ans, il a déjà passé de longues années en prison. Lorsqu'il consulte début juillet, parce qu'il a remarqué du sang dans ses urines, le bilan se passe pour une fois sans retard et le diagnostic de cancer du rein et l'indication chirurgicale sont établis dans des délais raisonnables. L'intervention est programmée dans un centre hospitalo-universitaire et le médecin de l'UCSA (Unité de consultation et de soins ambulatoires) part en vacances, inquiet pour son patient, mais l'esprit tranquille.

C'était sans compter avec la politique et ses effets de manche. Parce que le pouvoir en place vient d'être élu sur des arguments sécuritaires, il faut faire des grandes manœuvres sous l'œil des caméras. Rappelez-vous : toutes les forces de l'ordre d'une région mobilisées

dans une même action coup de poing, pour quelques kilos de haschisch ! La préfecture tranche : les détenus malades peuvent bien patienter ; on s'occupe de votre sécurité.

Une intervention annulée et c'est toute la machine qu'il faut remettre en route : nouveau rendez-vous, dans un service débordé aux médecins en vacances, nouvelle procédure d'extraction, nouvelle demande d'escorte. Trois semaines de délai, ce n'est pas grand-chose.

Assez pourtant pour que de retour de vacances, le médecin apprenne le décès de son patient, quelques jours avant la nouvelle date d'intervention.

La famille a parlé un temps de porter plainte, puis a renoncé. Les vacances du préfet se sont bien passées !

Résumé : La personne délictueuse à l'occasion d'un acte considéré de folie peut-elle être jugable et punissable de ses actes pénalement ? La réponse est variable selon les pays et pose la question de la place respective de la justice et de la psychiatrie dans la prise en charge du fou criminel.

# La folie, point de butée de la responsabilité

Claude Louzoun

Psychiatre,  
président du CEDEP  
(Comité Européen Droit Ethique  
et Psychiatrie)

Tout s'énonçait dans l'article 64 du code pénal de 1810 : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Non-lieu (1810) et depuis 1992 non punissabilité et non responsabilité pour la France, exemption de responsabilité pénale en Espagne, non coupable pour cause de folie au Royaume-Uni, non imputabilité et non punissabilité en Italie, un criminel sans faute en Allemagne, confirment que « le délinquant aliéné ne doit pas être désigné comme coupable ni donc puni. » (Conseil de l'Europe, 1985). C'est cette « sorte d'évidence naturelle ou culturelle partagée par tous » (Conseil de l'Europe, 1985) qui a fondé la psychiatrie (Rappard, 1981), puisque c'est elle qui déduit une altération de la responsabilité pénale par rapport à une pathologie mentale. Cette position d'évidence, instituante de la rationalité juridique comme de la raison psychiatrique, connaît certes des évolutions qu'il est intéressant de repérer du fait que nombre de psychiatres intervenant en milieu pénitentiaire assurent du grand nombre de psychotiques en prison et s'en offusquent.

On pourrait commencer par l'actualité du « tournant pénal des démocraties » (Garapon et Salas, 1996). Il y a tout d'abord cette « république pénalisée » où la notion de faute est de plus en plus proche du risque (risque de réci-

dive, aussi), où la culpabilité pénale se voit jugée par la dangerosité (1) « scientifiquement » prédite, où l'inflation sécuritaire va de la « tolérance zéro » à la peine incompressible et au suivi sociomédicojudiciaire « à vie ». Ce double appel à la prison et à la psychiatrie accroît cette difficulté du juge à penser la peine et donc l'invite au recours systématisé au psychiatre (2), dans un contexte d'expansion, voire d'inflation, du sécuritaire.

Les pressions des victimes, de leurs familles ou des associations ne sont pas pour autant à ranger sur le même plan que les mouvements d'opinion ou les jeux médiatiques. Pour elles, « le procès pénal procure la satisfaction d'une nomination publique de la faute, d'une imputation individualisée... et le spectacle d'une rétribution réparatrice. » (Garapon et Salas, 1996).

C'est aussi par ce biais que nous pouvons revenir au délinquant malade mental. Car, il s'agirait bien que justice soit faite ; ce qui est récusé.

– Pourquoi nierait-on à un individu le droit de se reconnaître l'acteur et l'auteur de son acte, voire d'y être « forcé » ? On connaît les effets pervers du non-lieu ou de l'exemption de responsabilité ou de la non punissabilité. On peut encore l'illustrer par l'exemple de la Grande-Bretagne : le crime est puni de la perpétuité ; la défense pour cause de folie donne lieu à la

non culpabilité et au placement en hôpital psychiatrique de maximum de sécurité pour une durée « à la discrétion de la Reine », c'est-à-dire du ministère de l'Intérieur. Du schizophrène et son inquiétante étrangeté au pervers inguérissable, faut-il alors, comme par exemple l'effectue clairement le Tribunal suprême en Espagne, graduer la responsabilité pénale en fonction du diagnostic psychiatrique ; le trouble mental pouvant aussi être une circonstance aggravante ? La peine dans le cas de ce pays est alors... un internement psychiatrique décidé par le tribunal et dont la durée en principe ne peut excéder la durée de la peine ordinairement encourue.

– Pourquoi le fou ne serait-il décidément pas jugeable ? Foucault assure que la raison se sou tient du rejet de la folie, et cette exclusion de la raison s'accompagne de l'exclusion du jugement des hommes pour la folie criminelle. Effectivement, le discours pénal de la responsabilité et de l'imputabilité renvoie à la capacité de comprendre et de vouloir, au discernement, au libre arbitre — la folie est une pathologie de la liberté, disait Henri Ey.

A contrario, pourtant, il n'est plus rare que des experts psychiatres ne trouvent pas que des accusés profondément malades mentalement soient irresponsables, voire même qu'ils n'aient pas de responsabilité diminuée. Il est vrai que la société accepte de moins en moins la notion d'irresponsabilité. A cela s'ajoute, la notion de « mort psychique » (3), essentielle.

– Là se redécoupe la question justice et psychiatrie. Tout d'abord, il s'agit bien de faire le distinguo entre sujet du droit, sujet de droit et sujet de l'inconscient (4). Le fou doit être respecté dans son humanité, reconnu dans son individualité et sa citoyenneté, perçu en qualité de sujet de droit. Il doit répondre de son acte, faire entendre sa parole et sa raison, s'expliquer publiquement, s'inscrire dans la procédure contradictoire publique. En correctionnel et davantage aux assises, la place du fou

délinquant ou criminel dans la dramatique du procès peut être soutenue, accompagnée en un procès subjectivant, qui en soi n'est pas thérapeutique (pas davantage que la prison), mais traces, appui, pour ne pas effacer l'événement, pour un éventuel après-coup thérapeutique.

Pour ce faire, il ne devrait pas avoir simplement « obligation de soin » pour dangerosité (hospitalisation d'office après le prononcé d'un article 122-1 du code pénal ; ou dans le cadre de la peine de suivi socio-judiciaire pour les délinquants sexuels), mais droit au soin et accès vrai à la thérapeutique tant durant le cours de la procédure pénale qu'en suite de son prononcé... Ecartons, pour autant que l'on peut guérir, l'humain du crime et de la folie.



### Bibliographie

- Chaumon Franck, 2004, *Lacan : la loi, le sujet et la jouissance*, éditions Michalon, Le bien commun, Paris.
- Conseil de l'Europe, 1985, *Etudes sur la responsabilité pénale et le traitement psychiatrique des délinquants malades mentaux*, Septième colloque criminologique, Strasbourg, 25-27 novembre 1985, 99 pp.
- Foucault Michel, 1973, *Moi, Pierre Rivière ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère... ; un cas de parricide au XIX<sup>e</sup> siècle*, Gallimard/Julliard, collection archives, Paris.
- Louzoun Claude, Salas Denis, 1997, *Justice et psychiatrie : normes, responsabilité, éthique*, Erès, Toulouse.
- Pouget R., Costeja J. M., 1988, *La dangerosité*, Masson, Paris.
- Rappard Philippe, 1981, *La folie et l'Etat – aliénation mentale et aliénation sociale*, Privat, Domaines de la psychiatrie, Toulouse.

**1.** « Ce nouveau concept pénal de dangerosité ne sanctionne plus celui qui a violé une règle, mais celui dont la seule existence signifie qu'il peut les violer toutes. Le risque laisse flotter sur nous une « responsabilité » sans imputabilité » *La république pénalisée*, p. 90.

**2.** En règle, les juges suivent les recommandations des médecins experts.

**3.** Cette notion prend consistance publique dans deux occasions notamment : Le rapport Demay « Une voie française pour une psychiatrie différente » (juillet 1982) ; et le témoignage personnel de Louis Althusser : *L'avenir dure longtemps*, Editions Stock-imec, 1992.

**4.** Cf. les écrits de Franck Chaumon, notamment *Lacan : la loi, le sujet et la jouissance*, Editions Michalon, Le bien commun, 2004.

Résumé : En 2000, quatre ans après la réforme du système des soins en prison, un livre est venu ternir la belle image d'une médecine identique à celle de tout le monde ; au scandale, suscité par l'ouvrage et les rapports de deux commissions d'enquête parlementaires, ont suivi quelques mesures d'amélioration ou de fermeture des établissements les pires. Puis le silence est retombé sur la prison. Cinq ans plus tard, après quatre années d'exercice de la médecine dans un centre de détention, le constat est amer : les mêmes difficultés et les mêmes inégalités dans l'accès soins persistent pour ceux qui ne sont pourtant condamnés qu'à la privation de liberté.

# Soigner, se soigner en prison

Jean-Luc Boussard

*Médecin généraliste, praticien  
hospitalier en maison d'arrêt  
et en centre de détention*

L'organisation des soins en prison, réformée par la loi du 18 janvier 2004, est devenue la vitrine de l'institution pénitentiaire, et le discours officiel la présente volontiers comme le symbole d'une prison qui s'ouvre sur l'extérieur et offre des prestations équivalentes aux patients libres. En 2000, le livre du Dr Véronique Vasseur (1), médecin chef à la maison d'arrêt de la Santé, est venu briser cette belle image ; ses révélations ont contribué à relancer le débat sur la prison, avec la constitution de deux commissions d'enquête parlementaire, aux rapports accablants (2, 3). Les enjeux électoraux et le discours sécuritaire ont refermé depuis la chape de silence sur les prisons et leurs conditions de vie et de soins.

## Une réforme nécessaire

La loi du 18 janvier 1994 repose sur deux grandes mesures : le bénéfice de la protection sociale pour tous les détenus, dès leur incarcération ; le transfert de l'organisation et de la mise en œuvre du dispositif de soins en prison de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Concrètement, pour les soins somatiques, les anciennes infirmeries jusque-là totalement intégrées à l'ordre pénitentiaire ont été converties en Unités de Consultations et de Soins Ambulatoire

(UCSA), services du centre hospitalier de rattachement, animés par une équipe pluridisciplinaire de personnels hospitaliers.

Nul ne peut nier l'amélioration de l'offre de soins apportée par cette réforme. Le constat était affligeant : arbitraire des conditions d'accès aux soins ; présence et participation aux soins des agents de surveillance ; rapides et rares consultations médicales, souvent réduites à la prescription de traitements symptomatiques ; distribution pluriquotidienne des médicaments à la porte des cellules par les surveillants, souvent broyés et dilués sous forme de « fioles » ; indigence des pratiques de prévention et d'éducation pour la santé.

Le nouveau dispositif permet un véritable parcours de soins : généralisation des examens d'entrée et de suivi ; consultations plus longues, plus accessibles ; pluridisciplinarité des recours sur place, des généralistes, des psychologues, un psychiatre, un dentiste et parfois des spécialistes ; accès plus facile aux consultations et soins hospitaliers ; généralisation des pratiques de dépistage et de surveillance.

Les infirmières sont la cheville ouvrière du dispositif : elles reçoivent les arrivants en consultation : elles régulent l'accès aux soins des détenus, éva-

luant leur demande et la suite à y donner ; elle dispensent les soins de premiers recours, s'appuyant sur des protocoles de prise en charge qui leur permettent de palier une présence discontinue des médecins ; elles organisent et animent des actions autonomes de prévention sanitaire et d'éducation à la santé.

Pourtant, quels qu'aient pu être les progrès engendrés par la mise en place de la réforme, aujourd'hui comme en 2000 lors de la parution du livre de Véronique Vasseur, les conditions actuelles d'accès aux soins des détenus restent précaires et bien éloignées de celles de tout assuré social, et la pratique du soin en prison un exercice d'équilibre souvent difficile.

### Se soigner en prison : un droit précaire

Dès l'énonciation de la demande de soin, le parcours du détenu pose problème. Dans cet univers panoptique, ou rien de ce que fait ou dit (pense ?) un détenu ne doit échapper au regard de la détention, même la démarche de soins se fait sous l'œil des surveillants, comme des co-détenus, au risque d'éveiller des curiosités. Nul n'ignore en réalité quel type de traitement, psychotrope ou de substitution, tel détenu vient chercher tous les jours ou plusieurs fois par jour. Il faut formuler sa demande par écrit – quand il suffit dehors de téléphoner, et tous ne savent pas écrire – rencontrer d'abord l'infirmière, qui jugera du bien-fondé de la demande avant d'inscrire le patient à la consultation ; le statut de patient se négocie et se mérite.

A la privation de liberté, la détention ajoute la privation du libre choix du médecin : le détenu ne choisit pas le généraliste de l'UCSA ; celui-ci n'a qu'un choix très restreint de correspondants auxquels adresser son patient ; l'hôpital local pour les urgences, les hospitalisations de très courte durée et quelques consultations, si ses collègues hospitaliers daignent recevoir des détenus, ce qui n'est pas toujours le cas ; l'EPSNF (4) de Fresnes pour la plupart des hospitalisations. A tort ou à raison, la réputation de cet établissement est très mauvaise auprès des détenus, moins pour des raisons objectives de qualité des soins que parce que c'est un hôpital prison et que les soins en pri-

son... En outre, l'hospitalisation à l'EPSNF est systématiquement suivie d'un séjour à la prison de Fresnes, pour une durée indéterminée, qui semble dépendre du seul arbitraire de l'administration pénitentiaire, dans des conditions d'hébergement bien plus mauvaises que celle de l'établissement d'origine, avec souvent la perte du poste de travail au retour d'une trop longue absence. Ceci explique que les refus des détenus de soins hospitaliers soient monnaie courante.

Ce n'est qu'en l'absence de la spécialité requise à l'EPSNF que l'hospitalisation ou la consultation pourra se faire dans un autre établissement. Encore faudra-t-il organiser l'extraction sous escorte, et la garde statique à l'hôpital, et il faudra compter là avec l'accord du préfet et son pouvoir de dire non. A l'heure où ces lignes sont rédigées, l'activation du plan « vigie pirate » au niveau rouge, après les attentats de Londres, se traduit par la suppression de toutes les extractions pour soins, en dehors des urgences vitales, les forces de l'ordre ayant mieux à faire ! La santé des détenus n'est pas une priorité.

Il faudrait parler des délais ! Délais pour consulter, délais pour obtenir un rendez-vous de spécialiste, délais pour une hospitalisation. Même quand on est malade, le temps ne s'écoule pas en prison comme dehors. Il s'étire...

Il faudrait parler des conditions de transport ! Prévenu seulement au moment du départ, sécurité oblige ; brinquebalé sur une banquette du fourgon les mains attachées dans le dos, quel que soit l'état de santé : depuis une évasion lors d'une extraction médicale, les transports se font mains menottées dans le dos : pour rendre plus difficile la fuite, alors que le fugitif s'était fait détacher pour se rendre aux toilettes ! Comment ne pas y voir une mesure vexatoire de plus, et une raison de plus pour certains de refuser l'extraction.

Il faudrait parler des soins aux punis ! Certes, le règlement prévoit deux visites médicales hebdomadaires aux quartiers disciplinaires et d'isolement ; mais dans quelles conditions ! Pas de table où écrire, un seul siège, scellé au sol, pour le patient et le praticien, une lumière parcimonieuse, la porte de la cellule ouverte, et les surveillants à portée d'oreille. Si la détention a renoncé à





demander des certificats de non contre-indication au quartier disciplinaire, ces simples consultations n'apportent-elles pas la caution du médecin à la punition ?

Il faudrait parler de la grande misère de la psychiatrie en prison, aux moyens et aux effectifs ne permettant pas de répondre aux besoins, de la fermeture inéluctable de SMPR (5), quand toutes les études s'accordent à estimer entre 40 et 50 % le nombre de détenus souffrant de troubles psychiatriques graves, quand la justice exige de plus en plus des soins psychiatriques pour certaines catégories de condamnés !

La dispensation des médicaments et le mode de gestion particulier des pharmacies hospitalières sont aussi source de difficultés. Telle molécule prescrite ailleurs n'est pas disponible à la pharmacie de l'hôpital de rattachement et remplacée d'autorité par une autre de la même classe, et c'est l'occasion de discussions parfois houleuses avec les patients. La distribution quotidienne de traitement de substitution, si elle répond à un souci de bonne gestion du traitement et d'évitement des surdosages, n'expose-t-elle pas certains au repérage et au racket ?

### Soigner en prison : un exercice difficile

Mais surtout, l'équipe soignante occupe une place particulière entre la prison et les détenus : parce que le corps et la santé sont souvent le dernier terrain par lesquels un détenu peut exprimer son opposition et sa révolte face à l'administration pénitentiaire, l'UCSA est très souvent impliquée, par les détenus comme par l'administration, dans la gestion de conflits : plainte somatique, demande de soins, de repos, de certificat, souvent pour des symptômes que le patient négligerait dehors, mais aussi refus de soins, arrêt d'un traitement, grève de la faim, automutilations. Et selon sa réponse, le soignant sera l'allié du patient ou de la détention, et son indépendance et son respect du secret professionnel à chaque fois remis en question.

Indépendance professionnelle sans cesse en butte aux impératifs de la détention, de l'administration pénitentiaire et préfectorale : horaires et règles de circulation des détenus, autorisations de

transfert et disponibilité du fourgon cellulaire, incompatibilité avancée de certains soins avec les impératifs de sécurité ou le règlement intérieur.

Secret médical sans cesse menacé par la longue liste des certificats en tout genre et pour tout motif, demandés tant par la détention que par les détenus : pour les douches, pour un oreiller supplémentaire, pour la détention d'un appareil médical en cellule, pour une prothèse qui fait sonner les portiques de détection, pour un dossier de demande de transfert, souvent à l'insu du patient... Le discours des partisans du tout sécuritaire sur le secret partagé gagne peu à peu du terrain, quand des juges sont menacés de sanction pour la récidive d'un libéré conditionnel ; la sécurité publique a peu à y gagner (qui peut croire qu'il est possible d'évaluer vraiment la dangerosité d'un individu ?). La justice, la médecine et la démocratie ont beaucoup à y perdre.

Non, on n'est pas soigné, on ne soigne pas en prison comme dans la société libre ; si pour certains, et ce n'est pas là le moindre des paradoxes, la détention peut-être l'occasion de traitement qui n'aurait pas lieu dehors, tous les soins, et dans les meilleures conditions, ne sont pas possibles en prison ; ici, tout se négocie ou se gagne, pour le patient son statut de malade, et pour le soignant son indépendance professionnelle, la confidentialité de son exercice, ses choix thérapeutiques. Onze ans après la réforme, les livres comme celui de Véronique Vasseur restent d'actualité (6).

1. Véronique Vasseur, *Médecin chef à la prison de la santé*, Paris, Editions du Cherche Midi, 2000.

2. Louis Mermaz (sous la dir. de), « La France face à ses prisons », *Les documents d'information de l'Assemblée nationale*, n° 2521, 2000.

3. Jean-Jacques Hyst, (sous la dir. de), *Prisons, une humiliation pour la République*, Sénat, n° 449, 2000.

4. Etablissement public de santé national de Fresnes, hôpital carcéral.

5. SMPR : Service Médico-Psychologiques Régionaux où sont incarcérés et soignés les détenus souffrant de troubles psychiatriques graves.

6. Lire aussi : Didier Fassin et Dominique Memmi (sous la dir. de), *Le gouvernement des corps*, 2004, les Editions de l'Ecole des Haute Etudes en Sciences Sociales – Bruno Milly, *Soigner en prison*, 2001, Sociologies, PUF.

**Résumé :** Le médecin intervenant en garde à vue se trouve dans une situation inconfortable. Sa neutralité souhaitable vis-à-vis de la police et son rôle de médecin d'une personne gardée dans des conditions matérielles moyenâgeuses se heurtent aux relations d'habitude établies avec des enquêteurs devenant partenaires professionnels. Le médecin est soumis à des conflits d'intérêts sous-estimés.

# Réquisition et garde à vue

Patrick Chariot

*Médecin légiste*

L'intervention du médecin auprès d'une personne placée en garde à vue est définie par le code de procédure pénale (article 63-3). Une conférence de consensus organisée en décembre 2004 a émis d'utiles recommandations dans un domaine marqué par l'hétérogénéité des pratiques (1). J'ai développé ailleurs les aspects techniques de cet exercice médical particulier (2) et la réalité des situations quotidiennes (3). Le médecin requis doit notamment déterminer si l'état de santé de la personne qu'il examine est compatible avec la poursuite de la garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie. Il se trouve dans une situation inconfortable, devant concilier les nécessités d'une enquête de police et le respect des droits de la personne, répondre à une réquisition sans porter atteinte au secret professionnel, et considérer les fonctionnaires de police et les militaires de gendarmerie comme pouvant participer de fait à une surveillance paramédicale sans que ceux-ci aient reçu de formation spécifique dans ce domaine. Assurer la continuité des soins, constater d'éventuelles lésions de violences, ayant ou non un lien avec l'interpellation ou la garde à vue, font partie de la mission du médecin requis. Tout médecin peut être requis, mais il s'agit le plus souvent de médecins généralistes, de médecins légistes ou d'urgentistes, libéraux ou hospitaliers, ou de psychiatres intervenant aux urgences.

## Place du médecin

Peut-on considérer un juste milieu où pourrait se situer le médecin, imaginer une symétrie de part et d'autre des barreaux, entre la position du policier et celle de la personne en garde à vue ? Lorsqu'il voit quelqu'un en garde à vue, le médecin intervient en accord avec celui-ci et souvent à sa demande ; il est bien médecin de la personne en garde à vue. Si une position de neutralité est souhaitable, elle se situe vis-à-vis de la police : le médecin requis n'est ni médecin de la police, ni médecin contre la police. Le médecin n'a pas à se prononcer sur la réalité de l'infraction motivant la garde à vue, ni à moduler son intervention en fonction de la gravité de l'infraction retenue, ou des sentiments que celle-ci lui inspire.

La distance nécessaire avec les policiers ou les gendarmes est difficile à respecter. Dans les zones rurales, il n'est pas rare que le médecin qui intervient en garde à vue soit aussi médecin traitant des gendarmes ou de leur famille. Le médecin de commissariat, comme est familièrement qualifié celui qui tire de son activité auprès des personnes gardées à vue une part substantielle de ses revenus, est lui aussi particulièrement exposé au risque de conflits d'intérêt.

## Neutralité du médecin ?

La personne gardée à vue, surtout lorsque c'est la première fois, a peine à se repérer dans l'es-



pace et dans le temps et à savoir qui est qui. Comment un médecin habitué des lieux ne saluerait-il pas aimablement des policiers ou des gendarmes qu'il finit par reconnaître, voire par bien connaître ? La personne gardée à vue assistant à ces manifestations de reconnaissance, en particulier si son arrestation a été difficile ou mal acceptée, situe d'emblée le médecin comme médecin de la police (ou de la gendarmerie).

### Envoi à l'hôpital

Dans telle affaire sensible, le déroulement des investigations et des interrogatoires peut rendre particulièrement précieux pour les enquêteurs d'avoir à disposition la personne pendant le plus longtemps possible sans interruption. La décision du médecin d'envoyer la personne gardée à l'hôpital, même transitoirement pour y recevoir des soins, est souvent source de difficultés d'organisation pour les policiers ou les gendarmes ; outre le personnel mobilisé, le temps de la garde à vue « utile » pour l'enquête s'en trouve réduit. Le médecin prenant une telle décision en est conscient. Si les pressions directes sont exceptionnelles, le risque d'auto-censure est élevé. En cas d'affection aiguë nécessitant des soins immédiats (fracture, crise d'asthme...), la décision de conduite à l'hôpital est facile à prendre pour le médecin. La situation est plus délicate en cas d'affection chronique stabilisée, avec ou sans traitement, mais qui peut s'aggraver rapidement et de façon difficilement prévisible.

### Incompatibilité de l'état de santé avec la garde à vue

La garde à vue est une situation anxiogène en soi, surtout si la personne n'y a jamais été confrontée, et les conditions de rétention sont suffisamment mauvaises pour favoriser l'aggravation de tout état pathologique préexistant. Dans le cas d'infractions légères, les enquêteurs n'ont souvent pas de difficultés à « jouer le jeu » et le magistrat lève le plus souvent la garde à vue. La personne sera convoquée ultérieurement. Dans le cas d'affaires criminelles ou à fort potentiel de mobilisation médiatique, la situation est bien différente. Le médecin aura bien du mal à rester extérieur à l'enquête.

### L'autorité requérante face au médecin

Il peut être utile, pour conclure, de s'interroger sur la manière dont le médecin est perçu par les policiers. Une aide pour que la garde à vue se passe dans le respect des droits fondamentaux de chacun ? Un auxiliaire de justice ? Un médecin à la botte ? Un alibi ? Un empêcheur de tourner en rond ? Une garantie contre les dérapages ? Une étape de plus dans un casse-tête administratif ?

---

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Conférence de consensus. Intervention du médecin auprès des personnes placées en garde à vue. 2-3 décembre 2004. Recommandations du jury. Texte long. Accessible sur le site de la Haute autorité de santé à l'adresse [www.has.sante.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/TL\\_MALV-68RJXH/\\$File/Garde\\_vue\\_long.pdf](http://www.has.sante.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/TL_MALV-68RJXH/$File/Garde_vue_long.pdf).

2. Chariot P. (coord.), *Garde à vue : réalités médicales*, Paris : Glyphe & Biotem, 2004.

3. Chariot P., *En garde à vue*, Paris : La Fabrique, 2005.

# Injonction thérapeutique au cabinet médical

Lorsque, en 1996, j'ai accepté des patients toxicomanes, j'ai refusé assez longtemps les prises en charge qui m'étaient demandées au titre des injonctions thérapeutiques : je pensais que, puisque les patients n'avaient pas le choix de ne pas consulter, la relation ne serait pas favorable au soin, et j'avais peur d'actes délicieux (vols et violences). Je craignais de limiter la relation à de la surveillance, du flicage, cela ne m'intéressait pas. J'ai beaucoup changé, parce que ces patients toxicomanes m'ont fait beaucoup changer. Il faut dire que, lorsqu'ils décident de « pousser la porte » d'un cabinet médical, c'est qu'ils changent eux-mêmes et c'est contagieux.

Accompagner des toxicomanes, c'est bien plus que prescrire des médicaments de substitution, leur proposer un cadre de fonctionnement bien défini, s'y tenir soi-même, et les aider à entrer dans ce cadre. S'il s'agit d'un traitement de substitution, le cadre est celui de la réglementation en vigueur pour ce type de médicament. Je précise mes modalités « personnelles », que je me suis créées au fil des expériences : au début, je demande toujours au patient d'aller chaque jour à la pharmacie, et de prendre son médicament devant le pharmacien. Cela m'apparaissait comme une contrainte humiliante, c'est en fait une aide formidable à l'observance du traitement. Le pharmacien joue le jeu, discute, à l'œil, le

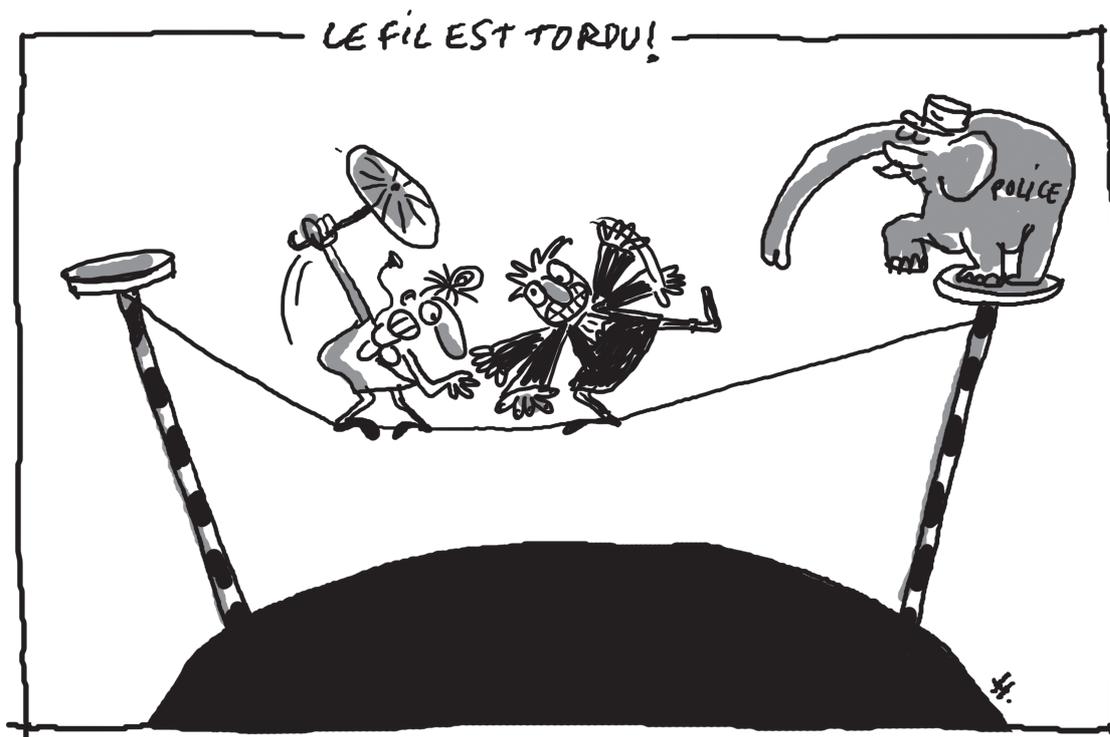
patient se sent progressivement accepté, cela le reconforte. Je téléphone toujours au pharmacien avant de lui envoyer un nouveau patient ; tout cela, je le présente au patient comme le fait d'une « règle » qui est imposée aux professionnels, par une puissance supérieure, la règle, l'inspection de la pharmacie... C'est ma façon d'introduire « le tiers » dans la relation que j'entretiens avec lui.

Alors, finalement, l'injonction thérapeutique, c'est une aide supplémentaire, le tiers est désigné d'avance, le patient le connaît, il a rencontré le médecin chargé des injonctions thérapeutiques à la DASS, et l'éducateur de justice : ils se situent très clairement lors du premier entretien, rigoureux et bienveillants.

Il s'agit là d'une situation où le médecin travaille à la demande d'un tiers, c'est une situation fréquente en médecine générale, si on y pense : c'est souvent qu'un patient vient sur la demande de sa femme, de sa mère, ou de son éducateur, quand ce n'est pas le patron ! Il me faut alors aider le patient à se réapproprier la demande de soin, ou à la refuser. Cela passe par l'affirmation que je fais d'emblée : je ne rendrai pas de compte au tiers demandeur. Je reste soumis au secret professionnel. C'est indispensable pour établir une relation « thérapeutique ». Non, Madame, je ne vous dirai pas si votre fils fume encore... Dans le cadre de l'injonction, je dis clairement que je ne dirai au

Martine Devries

Médecin généraliste



médecin chargé des injonctions thérapeutiques que si le patient vient ou non à ses rendez-vous. C'est d'ailleurs tout ce qu'il me demande. Ce sera au patient lui-même, de convaincre le médecin qu'il a cessé les prises de produits, au besoin en lui montrant des examens de dépistage urinaire. Il y a donc deux médecins dans ce dispositif, mais ils ne sont pas tenus de « raconter » quoi que ce soit l'un à l'autre.

Dans un certain nombre de cas « ça marche » : le patient craint les sanctions judiciaires (i. e. la prison) et suit la règle, et découvre à cette occasion la vie sans produit : il se tient tranquille un moment, investit ailleurs, dans la vie scolaire, professionnelle, ou affective. Ce n'est pas forcément facile, il y

aura toutes les difficultés possibles, avec celle, supplémentaire, de la pathologie psychiatrique qui fréquemment (30 % des cas) est à l'origine de la toxicomanie ; mais la mesure est un déclic pour aborder le soin, faire connaissance avec des professionnels, démarrer un suivi, voire une démarche de psychothérapie. L'injonction thérapeutique fonctionne comme « une chance » en plus.

Parfois aussi, la mesure ne fonctionne pas, le patient continue sa prise de produits, et est repris pour des délits liés à la prise de produit (vols, consommation, trafic), la mesure s'arrête évidemment et la justice suit son cours. Ce n'était pas le bon moment, ou il n'était pas capable de profiter de cette « chance »... ou nous n'avons pas su faire...

# Une alternative aux poursuites judiciaires

Il existe une différence entre l'injonction thérapeutique et l'obligation de soins :

L'injonction thérapeutique (1) est une mesure sanitaire alternative aux poursuites judiciaires proposée par le procureur de la République à une personne interpellée pour un usage de produits illicites. La personne qui accepte cette mesure rencontre le médecin de la DDASS pour mettre en place une prise en charge. Deux autres mesures alternatives existent pour des consommations plus occasionnelles : le rappel à la loi (la personne est passible de 3 750 € d'amende et/ou d'un an d'emprisonnement) ou avertissement et le classement sous condition où la personne s'engage à rencontrer une fois un professionnel dans une association.

L'obligation de soins est décidée par le juge en sus des poursuites judiciaires ; c'est lui qui décide de la durée de la mesure ; la personne justifie de son suivi auprès d'un contrôleur judiciaire (souvent au moyen d'analyses d'urines). Le trafic de produits illicites est, quant à lui, toujours réprimé pénalement et peut s'assortir de cette seconde mesure.

Lorsque je rencontre la personne la première fois, je me pose en tant que soignant. Pour plus d'un tiers des personnes héroïnomanes, il s'agit d'une première rencontre dans le champ médical. L'entretien est couvert par le secret médical. J'aborde les problèmes médicaux, les pathologies somatiques et psychiatriques éventuelles, je l'incite aussi à faire vérifier son statut sérologique pour le sida et les hépatites de la personne liés à la toxicomanie. J'aborde aussi les conséquences de son intoxication, et son histoire et les circonstances qui l'ont amenée là, son milieu, ce qu'elle veut bien en dire,

les rapports qu'elle entretient avec les produits stupéfiants (illicites et licites). C'est une « étape diagnostique ». Je lui propose alors une prise en charge, en général, médicale et psychosociale. Elle a quelques jours pour y réfléchir et donner son accord ; un contrat est alors signé entre le médecin, l'association et la personne, à réception duquel je me porte garante du suivi de la personne auprès du tribunal.

J'informe toujours les professionnels concernés du suivi proposé et c'est parfois l'occasion d'ouvrir une discussion avec des confrères sur les difficultés ou les événements qu'ils peuvent rencontrer lors de ce travail. Il m'arrive aussi de participer à des réunions d'intervisions avec les différents professionnels. Je revois la personne tous les trois à quatre mois et à la fin de la période d'injonction. La personne justifie elle-même de son suivi par l'envoi d'attestations ; si je ne reçois pas celles-ci, je relance puis je revois la personne. Si celle-ci ne se présente pas à ce rendez-vous, alors seulement j'informe le tribunal de l'arrêt de la prise en charge. Je m'appuie sur ce cadre administratif clair pour avoir une souplesse dans les prises en charge : toutes les personnes ne sont pas au même moment de leur histoire avec les toxiques.

Mon regard est évidemment différent de ce que peut être celui d'un contrôleur judiciaire : j'ai un avis sur le traitement, je peux discuter des différents aspects du suivi, de la nécessité d'une prise en charge globale. La fin de la période d'injonction thérapeutique n'est pas forcément la fin de l'addiction, mais cette mesure est une étape, un levier qui doit être repris par la personne à son propre compte.

Marie-Pierre  
Delannoy

*Médecin chargé  
des injonctions thérapeutiques  
pour le Pas-de-Calais (DDASS)*

1. Loi du 31 décembre 1970.

Résumé : La rédaction d'un certificat médical précis, détaillé, et la connaissance des rouages juridiques sont essentiels à l'accompagnement de femmes déposant une plainte pour violences conjugales.

# Violences conjugales

Laure  
Vanwassenhove

Médecin généraliste

Jacqueline Cadio

Coordinatrice  
SOS Femmes de Nantes

## « Docteur, ma plainte a été classée sans suite »

Elle entre dans le cabinet, le visage défait. Le chemin a été long, du premier jour où elle a pu parler des violences quotidiennes, de sa peur de partir, de ses angoisses pour les enfants, au jour de son départ. Vous pensiez qu'il fallait qu'elle parte, elle voulait simplement que la violence s'arrête, qu'il redevienne l'homme qu'elle aimait. Il lui a fallu de l'énergie, pour contacter l'association d'aide, trouver un nouveau logement, réorganiser sa vie. Elle a affronté l'incompréhension de tous lorsqu'elle est revenue vivre avec lui. Il lui a fallu du courage pour porter plainte. Elle a cru en la justice : « la loi vous protège », « la loi punit l'auteur des faits ».

Vous vous rappelez, vous lui aviez affirmé : « Ce qu'il fait, c'est interdit par la loi. »

Elle ne comprend pas. Elle se sent niée, bafouée. « Manque d'éléments probants », dit le courrier. Alors, les certificats, les dépôts de plainte, tout cela ne sert à rien ? C'est encore lui le plus fort. Vous êtes dérouté, difficile de s'y retrouver dans les méandres de la justice. C'est la première fois que vous êtes confronté à un classement sans suite, vous ne savez pas bien ce que cela implique. Que s'est-il passé pour en arriver là ?

## La plupart des certificats médicaux sont inutilisables

*Méconnaissance des règles de rédaction et de l'utilisation du certificat médical*

Le certificat médical répond à des règles très précises. Dans le contexte de violence, il s'agit d'un certificat de coups et blessures. Sa rédaction demande du temps : temps d'écoute, d'examen, de réflexion sur l'ITT (incapacité totale de travail). Souvent rédigé à la va-vite ou dans des circonstances difficiles (dans les locaux de la police, par

exemple), il est pourtant une pièce maîtresse de la procédure judiciaire, même s'il n'est pas obligatoire. Ce certificat va permettre au procureur, parfois longtemps après les faits, d'évaluer la gravité des violences subies.

Comment un procureur peut-il juger de la violence exercée face à un certificat rédigé ainsi :

« Je soussigné Docteur Machin, certifie avoir examiné Mme X. ; elle présente des traces de coups sur les bras. L'ITT est de 3 jours. »

Faute de précision, la plainte est classée sans suite. Maintenant, considérez la même plainte, appuyée par le certificat suivant (résumé) : « Je soussigné,... Elle me dit : « Hier soir, mon mari m'a violemment attrapé par les bras, clouée au sol, il m'injurait en me traitant de putain, Il m'a plusieurs fois cogné la tête contre le sol. Il fait toujours très attention à ne pas me frapper au visage pour qu'il n'y ait pas de trace. Les enfants assistaient à la scène. Aujourd'hui, j'ai très mal à la tête, et je n'arrive pas à me servir de mon bras droit, tellement j'ai mal. »

Je constate : Mme X. est en larmes, elle sursaute au moindre bruit, sa mimique est triste. La fluence verbale est hachée. Elle a du mal à trouver ses mots.

A l'examen clinique, je constate :

– au niveau du bras gauche, 6 cm au dessus du coude, trois hématomes linéaires de 5 cm de long parallèles entre eux de couleur rouge violacée.

– au niveau de l'épaule droite, un hématome de 5 cm de long sur 3 cm de large, rouge violacé. L'épaule droite est très douloureuse à la mobilisation active et passive entraînant une gêne dans les mouvements d'élévation et le port d'objet. La douleur est coté par Mme X à 5/10 sur l'échelle EVA.

– au niveau du cou, les mobilisations actives sont limitées par la douleur avec contracture muscu-

laire. Les mobilisations passives sont respectées. La douleur est coté à 6/10 sur l'échelle EVA.

Un dessin des hématomes constatés ce jour est joint à ce certificat médical.

L'Incapacité Totale de Travail est de dix jours sous réserve de l'évolution.

#### *Méconnaissances des rouages juridiques*

Tribunal administratif ou tribunal correctionnel ? Pénal ou civil ? Est-ce le procureur qui décide ? Qui est le JAF (juge pour enfant), quel est son rôle ? Mais à quoi sert le juge pour enfant ? Une femme peut-elle quitter le domicile conjugal avec ses enfants ? Qu'est-ce que l'ADAVI ? Où trouver les adresses ?

Si vous ne pouvez répondre à plusieurs de ces questions, comment allez-vous l'accompagner ?

#### **Un travail à faire par les médecins : se former**

Une prise en charge spécifique nécessite une formation spécifique. Connaître les formes et les mécanismes de la violence, savoir rédiger le certificat médical, déterminer l'ITT, accompagner dans le temps, travailler avec les associations, comprendre les mécanismes juridiques qui vont se mettre en œuvre, rien de tout cela ne s'improvise. Compassion et bonne volonté ne suffisent pas.

#### **Un cadre juridique « qui existe »**

*La loi vous protège, la loi punit l'auteur des faits...*  
C'est ce que dit la fiche guide du ministère de la justice, « Il encourt pour ses actes une peine maximale de 6 mois à 10 ans d'emprisonnement et de 7500 à 150 000 euros d'amende »

*Pourtant, la plupart des plaintes sont classées sans suite*

Devant ce constat, un travail mené par la gendarmerie de Loire-Atlantique, dans le cadre du CODEV, en partenariat avec l'association SOS Femmes, a abouti à l'élaboration d'une fiche guide servant au recueil de la plainte et présentée lors de séances de formation à plus de 260 gendarmes.

Mme X. arrive à la gendarmerie, elle est accueillie par un agent formé à l'audition des femmes victimes de violences conjugales. Patiemment, il va chercher avec elle tous les éléments qui permettront de situer précisément les violences subies. Elle n'a pas de certificat médical : « ce n'est pas obligatoire, Madame, mais je vous conseille de voir un médecin, votre plainte sera mieux étayée ».

#### *Un travail à faire avec la justice*

Mme X. a déposé plainte, certificat médical correctement rédigé à l'appui. Elle attend chez elle que son mari soit convoqué. Il l'est, par courrier, cela déclenche sa violence, il fallait s'y attendre, mais il ne se présente pas à la convocation, ni à la suivante d'ailleurs. Il ne sera plus convoqué. La plainte suit son cours, la demande de divorce aussi. S'il aboutit, le divorce pour faute servira de réparation. La plainte est classée sans suite.

Scénario fréquent, sauf pour les régions où le procureur a fait des violences conjugales une priorité de sa politique pénale.

#### *La plupart des femmes victimes de meurtre étaient connues comme subissant des violences*

Plus de 200 femmes par an finissent par être ainsi reconnues par la justice comme victimes de violences conjugales, mais... post-mortem.

#### **Comment se reconstruire quand la loi n'a pas été dite**

Quand la place de victime n'est pas reconnue, comment en sortir ?

Quand le rappel de la loi n'a pas eu lieu, c'est la toute-puissance des hommes violents qui est confortée par la justice. Comment alors reprendre confiance, reconstruire sa vie ?

La toute-puissance masculine des hommes violents s'inscrit dans un système patriarcal qui n'applique pas la loi, considérant que ce qui se passe dans l'intimité du couple ressort du droit du pater familias. Votre accompagnement n'est pas fini, il vous faut continuer à aider Mme X. à reconstruire son identité.



# Auprès des gendarmes

Jacqueline Cadio

*Coordinatrice  
SOS Femmes de Nantes*

Plusieurs constats : pour les gendarmes, la violence conjugale représente une part importante de leurs interventions au domicile, interventions toujours humainement délicates. Du côté des gendarmes, beaucoup d'incompréhension à l'égard des femmes qui refusent de déposer plainte ou retirent leur plainte, et à l'égard de celles qui reviennent auprès de ce conjoint après un temps de rupture... Les femmes craignent de déposer plainte ou ne sont pas toujours bien reçues lors du dépôt de plainte.

Les plaintes étaient insuffisamment précises selon la justice qui aurait du mal à cerner la dangerosité du conjoint. La gendarmerie, SOS Femmes, avec le concours d'une juriste du Centre d'information du Droit des Femmes (CIDF) de Nantes, avons donc élaboré une fiche-guide spécifique qui permet d'interroger la femme sur les différentes formes de violences subies (psychologiques, sexuelles, physiques, économiques...), sur les autres victimes (enfants, collègues, familles, voisins...), sur l'antériorité des violences. A-t-elle déjà déposé plainte ? Où ? Pour quel type de violences ? Quelle suite a été donnée à cette plainte ? Comment a évolué la situation ?

La diffusion de cette fiche-guide a été fortement accompagnée par le capitaine Frocot, adjoint au chef du groupement, comme étant une priorité. Conjointement, nous avons donc assuré une sensibilisation aux violences conjugales avec présentation de cette fiche-guide dans chaque compagnie du Département. Deux cent soixante gendarmes ont ainsi été sensibilisés en 2003-2004.

Les échanges ont été très riches.

L'impact de notre approche associative et militante a été important sur ce sujet. Nous avons la légitimité du témoignage des milliers de femmes accueillies par notre équipe et celle de notre combat pour l'application de la loi.

Les gendarmes regrettaient comme nous l'absence ou la faible pénalisation des conjoints violents, ces « beaux parleurs ». Dans l'exercice de leur fonction, ils sont parfois témoins des blessures importantes infligées, et découragés par la répétition des violences. Ils ont exprimé leur impuissance à soustraire le conjoint du domicile et l'injustice de voir la femme et les enfants obligés de partir pour se protéger, le refus de certains médecins de se déplacer lors d'une intervention d'urgence, les certificats médicaux imprécis, incomplets, inutilisables, l'ITT (incapacité totale de travail) mal évaluée... comme une occasion manquée de faire enfin aboutir le dossier. Sans compter l'absence d'hébergement d'urgence de nuit et de week-end, les interventions risquées du fait de l'alcoolisation du conjoint parfois et d'éventuelles détentions d'armes...

La sensibilisation a permis de donner de grands points de repères sur le comportement du conjoint violent, d'évoquer les risques pour l'entourage et la nécessaire protection de(s) la victime(s). Nous avons également insisté sur l'importance d'un accueil particulier par des professionnels sensibilisés qui ne seront ni dans le jugement, ni la moralisation, mais dans le soutien, dans la durée si nécessaire.

**Résumé :** La violence conjugale est une situation d'emprise, de pouvoir, une relation de domination destructrice, un moyen extrême pour soumettre l'autre à sa volonté. Qu'elle soit verbale, physique, économique ou sexuelle, elle a toujours pour effet de détruire et de contrôler l'autre. 10 % des femmes de vingt à soixante ans ont été victimes de violences au cours d'une année. Soit une femme sur cinq au cours de sa vie. Trois femmes meurent du fait de violences conjugales tous les 15 jours... Le phénomène est devenu en France un souci des politiques. De nombreuses associations de victimes ont vu le jour et des foyers d'hébergement d'urgence, bien qu'en nombre insuffisant, se sont développés. Mais on ne résoudra pas les violences conjugales si on ne travaille pas dans le même temps avec l'un et avec l'autre : le cogneur et sa victime.

## Prendre en charge des hommes violents ?

Les autorités ont pris des mesures de protection envers les femmes violentées. Et il existe une campagne de sensibilisation des professionnels et de la population qui a abouti à une réelle prise de conscience de ce problème de santé publique dans notre pays, en Europe et dans le monde. Ainsi, à Douai depuis 2003, le procureur de la République a décidé d'agir vite et fort : les violences dénoncées à la police entraînent automatiquement la convocation des auteurs devant un magistrat qui leur rappelle la loi : les faits de violences graves sont systématiquement sanctionnés par des peines de prison. Puis, les hommes violents sont éloignés de leur domicile et placés dans un foyer d'accueil d'urgence pour SDF. Les services de police ont reçu l'ordre d'ouvrir systématiquement une procédure. « Si l'on n'intervient pas dès la première incartade, l'agresseur s'ancre dans un sentiment d'impunité. »

De sérieux progrès ont donc été faits en ce qui concerne les droits des victimes. Cette étape était indispensable à une modification des mentalités, car la société patriarcale et machiste tolérait jusqu'à ces dernières années les violences domestiques. Mais les auteurs ont été largement oubliés dans la prise en charge de la violence conjugale. Seul le volet répressif a été développé avec criminalisation des comportements violents.

### Qui sont les hommes violents ?

Les hommes violents ne disent jamais d'emblée qu'ils sont violents. Ils ne reconnaissent d'ailleurs

pas les faits dans 90 % des cas. Et lorsqu'ils le font, ils justifient souvent leur comportement par les provocations ou les fautes de leur partenaire. Qui sont donc ces hommes violents et que peut-on faire avec eux ? Il existe peu d'études analysant les causes et les mécanismes de la violence chez les hommes. Une étude française de 1998 a permis de préciser un profil des auteurs d'homicide de leur conjointe : en dehors des cas d'alcoolisme, il s'agit d'hommes psychopathes, ayant une certaine notoriété, bénéficiant par leur fonction d'un certain pouvoir pour lequel le sens de l'autorité est perçu comme une qualité professionnelle de prise de responsabilité. On remarque une proportion très importante de cadres (67 %), de professionnels de santé (25 %), de représentants de l'armée, de la police...

On peut citer plusieurs causes du comportement des conjoints violents : une origine dans l'oppression ancestrale des hommes sur les femmes, des causes liées à l'apprentissage social de la violence, des causes psychologiques liées à l'insécurité, l'impulsivité, l'immaturation de l'homme.

Ils ont tous un besoin de contrôle et de domination de l'autre qu'ils considèrent comme leur propriété. En fait, les hommes violents sont dans la dépendance de l'autre, même s'ils le nient et pointent ce phénomène chez leur compagne. Autre point commun : la violence psychologique est toujours un préalable à la violence physique qu'ils exercent et peut être à l'origine de dégâts considérables.

Sophie Eyraud

Médecin généraliste



### Une classification des conjoints violents

On peut proposer une classification plus précise des conjoints violents :

- Les hommes immatures et impulsifs qui s'énervent et deviennent violents à l'occasion d'un événement qu'ils ne contrôlent pas.
- Les hommes psychorigides autoritaires qui trouvent normal de dominer leur compagne. On peut rajouter dans cette catégorie les migrants qui arrivent de pays où les femmes ne bénéficient pas du même statut que dans les pays européens.
- Les hommes qui ont été témoins ou victimes de violences ou d'abus sexuels dans leur enfance et qui reproduisent à l'âge adulte ce qu'ils ont subi ou vu faire.
- Les hommes jaloux qui ont besoin de contrôler leur partenaire.
- Les hommes paranoïaques ou psychopathes qui éprouvent une méfiance quasi délirante vis-à-vis des femmes.
- Les hommes qui ne sont violents que lors de la prise d'alcool ou de toxiques par levée de l'inhibition.
- Les hommes qui ont des fonctionnements pervers narcissiques : ils ne frappent pas, mais exercent sur leur partenaire une violence psychologique permanente. Ils sont les plus difficiles à repérer, car ils savent séduire leur interlocuteur. C'est le seul cas où la violence n'évolue pas par cycle.

Certains facteurs sont reconnus comme déclenchants :

- La jalousie, l'infidélité, le refus de rapports sexuels.

– La séparation, le divorce.

– La grossesse, la naissance d'un enfant, les disputes à propos des enfants, le droit de visite.

– La mise au chômage récente du partenaire, la précarité.

Au début des années 90, quelques associations pour hommes ont vu le jour : à Lyon, Marseille, Paris, Belfort, Limoges (cf. encadré). Les centres qui subsistent sont toujours sous la menace de non renouvellement de leurs subventions. On ne peut que regretter l'absence de prise en charge thérapeutique des hommes violents dans les prisons, et de suivi socio-judiciaire comme il en existe pour les délinquants sexuels avec injonction de soins.

La résistance des hommes à reconnaître leur conduite et à vouloir faire l'effort de changer conforte l'inertie des pouvoirs publics : « Tant qu'il n'y a pas de demande pour régler un problème c'est qu'il n'y a pas de problème ! L'Etat défend la veuve et l'orphelin, il assure le service minimum. » Parler des seules victimes permet d'occulter les rapports sociaux de sexe. On évite ainsi de mettre en cause la domination masculine et les relations hommes-femmes. Si le développement de l'aide aux victimes et la reconnaissance des violences envers les femmes par la justice représentent une avancée considérable, nous devons maintenant convaincre les politiques de la nécessité de la prise en charge des hommes violents, car punir ne suffira pas à une remise en cause durable du fonctionnement d'un individu.

### Le cycle de la violence

Le cycle peut se décomposer en quatre phases :

1° Escalade de la tension. Le prétexte devient le déclencheur.

2° Explosion de la violence. L'homme minimise, trouve des excuses, rend la femme responsable.

3° Calme ou lune de miel : rémission de l'homme, espoir de la femme. Le conjoint regrette, il va même jusqu'à s'excuser et faire des cadeaux, dit qu'il ne recommencera pas. C'est à ce moment-là qu'il peut être demandeur d'une prise en charge. L'intervention d'un tiers peut permettre d'entamer un travail sur lui-même, indispensable pour briser la spirale de la violence dans laquelle le couple s'est enfermé.

Plus le cycle se répète, plus la période de rémission raccourcit.



### Un peu d'histoire et législation

**Au XIV<sup>e</sup> siècle**, « le mari qui bat sa femme, la blesse, la taillade de bas en haut et se chauffe les pieds dans son sang ne commet pas d'infraction s'il la recoud et si elle survit » !!! (Droit coutumier de Bruges).

**Au XIX<sup>e</sup> siècle**, en Angleterre et aux Etats-unis cette autorisation de châtier les femmes s'accompagne d'un calcul sur les limites de la grosseur de la baguette avec laquelle Monsieur pouvait corriger sa femme.

**En 1975**, l'article du code civil napoléonien autorisant le mari à battre son épouse est abrogé.

**En 1992**, si les violences entraînent un ITT (incapacité totale de travail) de plus de huit jours, l'auteur risque trois ans d'emprisonnement et 300 000 F d'amende (art 222-1) et cinq ans d'emprisonnement et 500 000 F d'amende lorsqu'elles sont commises par le conjoint ou le concubin de la victime (art 222-12).

« Dans la France de 1992, on ne risque pas grand-chose à violenter ses proches, à condition de ne pas frapper trop fort. Il existe un seuil de tolérance et de complicité avec les violences domestiques. Nous tenons un double discours : c'est interdit, mais si vous ne tapez pas trop fort il ne vous arrivera rien ! »

**Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005**, la femme mariée peut obtenir en urgence le droit de rester au domicile conjugal et d'en faire expulser le conjoint violent en saisissant le juge aux affaires familiales. Jusque-là, elle n'avait d'autres alternatives que de fuir le domicile.

### Associations assurant la prise en charge d'hommes et de femmes victimes de violences

Chaque année, les associations font la course aux subventions, sans jamais savoir si elles pourront fonctionner l'année suivante. C'est le cas, par exemple, de l'Association de lutte contre les violences de Paris qui reçoit 80 demandes de prise en charge d'hommes violents par an et ne peut en suivre régulièrement que 40. L'équipe se compose de trois psys : deux hommes et une femme. Ils proposent des entretiens individuels ou un travail collectif : le tarif de la consultation est fixé en fonction des revenus et commence à 5 €.

Enfin, il faut savoir qu'il n'y a pas, pour les hommes violents, de suivi socio-judiciaire comme il en existe pour les délinquants sexuels avec injonction de soins.

– ILE-DE-FRANCE Paris. Association de lutte contre les violences, 11, rue Taine, 75012 Paris. Tél. : 01 44 73 01 27.

– CENTRE Limoges. Mots pour Mieux, 1 bis, avenue Foucaud, 87000 Limoges. Tél. : 05 55 79 01 02.

– NORD Laon. Centre départemental d'accueil, d'évaluation, d'orientation de coordination et de soins des conduites de violences privées, 22, rue Saint-Martin, 02000 Laon. Tél. : 03 23 26 39 06. E-mail : centre.violence@epsmd-Aisne.fr.

– NORD-EST Belfort. Parenthèses à la violence. Maison de l'UDAF, 5, rue Mulhouse, 90000 Belfort. Tél. : 03 84 54 06 03.

– NORD-OUEST Rennes. DYADE Association pour les familles en difficulté, 146 A, rue Lorient, 35000 Rennes. Tél. : 02 99 59 60 01

– SUD-OUEST Toulouse. Vivre autrement ses conflits AVAC, 17, rue Peyras, 31000 Toulouse. Tél. : 05 61 21 05 28. E-mail : avac.toulouse@free.fr. Site Web : <http://avac.toulouse.free.fr>.

– Perpignan. Antenne départementale d'intervention sur les violences. Adultes domestiques ADIVAD, 42, boulevard Aristide-Briand, 66000 Perpignan. Tél. : 04 68 63 50 24. E-mail : apex.adivad@wanadoo.fr. Site Web : <http://association-apex.chez.tiscali.fr>.

– SUD-EST Marseille. Contexte et Réseaux, Esplanade du Faro, 13007 Marseille. Tél. : 04 91 59 19 60.

### Bibliographie

– *Arrête tu me fais mal ! La violence domestique, 60 questions, 60 réponses*, Daniel Welzer-Lang, vlb 1992.

– *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*, Marie-France Hirigoyen, Syros Paris 1998.

– « Les violences conjugales : les médecins encore peu ou mal impliqués » *Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique* n° 14-15, septembre 2001, Editions Indigène.

– Rapport au ministre délégué à la Santé : « Les femmes victimes de violences conjugales le rôle des professionnels de santé », La documentation française, octobre 2001.

– *Les violences envers les femmes en France*, La documentation française, 2002.

– « Hommes violents et fermés », Catherine Simon, *Le Monde*, 24 mars 2004.

– « Tolérance zéro pour les hommes violents », Sylvie Véran, *Le Nouvel Observateur*, 27 janvier 2005, n° 2099.

– « Machisme sans frontière de classe », Mona Chollet, *Le Monde Diplomatique*, mai 2005.

Résumé : Fruit de l'incapacité de la médecine à remettre en question sa toute puissance et de la frustration des usagers devant le mystère de la maladie et de la guérison, la judiciarisation de la médecine pervertit et compromet davantage la relation de confiance.

# Judiciarisation : une nouvelle perversion

Anne Perraut  
Soliveres

*Cadre supérieur infirmier de nuit, chercheur en sciences de l'éducation*

La judiciarisation, qui s'étend plus vite que la gangrène dans notre institution malade, n'a pas fini de produire des dégâts spectaculaires dans les pratiques quotidiennes, dont le plus grave, à mon sens, est la déresponsabilisation galopante qui l'accompagne. Il peut paraître surprenant de juger ainsi des mesures censées engager formellement la responsabilité des soignants, mais il s'avère que la réalité des pratiques persiste à montrer un visage fort différent de la théorie en la matière. Si nous en sommes arrivés à de telles extrémités, c'est qu'à l'évidence le système de soins présente des failles auxquelles personne n'a vraiment cherché de solution. Si les patients ont parfois été contraints de « porter plainte » devant la justice, c'est que la plupart du temps, ils n'ont trouvé aucun écho à leur demande d'explications, voire de réparation de dommages subis dans un contexte de soin. La médecine est un exercice difficile tant dans sa dimension scientifique et technique, très évolutive, que dans sa dimension humaine, dont chacun sait la complexité des situations, ce qui a de tout temps justifié, à leurs yeux, le repli suffisant de beaucoup trop de soignants. Cependant, c'est bien cet échec monumental de la communication en médecine que vient souligner la judiciarisation en cours, dont les effets peuvent aller, à l'inverse des espoirs de ceux qui la sollicitent, jusqu'à encou-

rager la fuite devant leur responsabilité de ceux qui considèrent désormais qu'ils doivent d'abord apprendre à se protéger. Le « primum non nocere », principe hippocratique jamais dénoncé, passe désormais après (voire a remplacé...) le « d'abord ne pas m'engager là où il y a un risque de plainte » qui n'est plus du tout dans le même registre, mais dont le glissement sémantique s'est substitué à la préoccupation de la sécurité du patient dans les pratiques quotidiennes. La réalisation des montagnes de documents qui accompagnent désormais chaque acte du quotidien ne me démentira pas, considérant le gâchis considérable de temps que l'on consacre désormais, en réunion, à imaginer les risques et à leur trouver des parades plutôt qu'à essayer d'apprendre à mieux communiquer sur des sujets délicats avec les patients qui se sont confiés à nous. Si le développement considérable de documents exhaustifs énonçant les risques liés à chaque intervention sont désormais incontournables, outre les inquiétudes légitimes qu'ils peuvent engendrer, souvent à mauvais escient chez le patient, ils ont remplacé dans la plupart des cas les explications, même sommaires, qui étaient de mise. Or une part non négligeable de personnes ne savent pas lire, voire n'accèdent pas au vocabulaire même simplifié des formulaires. Il en est également qui ne voient pas... J'ai sous les yeux un formulaire

**Le savoir de la nuit**  
Anne Perraut Soliveres  
Paris, PUF, 2002

d'acceptation de transfusion par une patiente dont la signature, vague gribouillage tremblé sur tout le bas de la feuille, est accompagnée d'un commentaire non signé, écrit je suppose par la personne qui l'a présenté, « personne non voyante » qui en dit long sur la perte de bon sens que peuvent engendrer de telles pratiques...

« La traçabilité » est un nouveau paradigme qui a vu le jour dans les hôpitaux après le scandale du sang contaminé et qui n'en finit pas de pré-supposer les pires effets (judiciaires) de la moindre intervention. Cette traçabilité n'a pas pour objet de nous amener à mieux travailler, ni de nous permettre d'éviter des erreurs, son seul intérêt est de pouvoir remonter la chaîne de responsabilités engagées par l'acte de transfuser. La notion que « seuls les écrits restent » et que, par voie de conséquence, on considère désormais que « tout ce qui n'est pas écrit n'est pas fait », invalide ce que nous avons de plus précieux dans le monde de la maladie et qui ne saurait se consigner dans aucun diagramme de soins : la relation thérapeutique. On pourrait rétorquer à juste titre qu'il n'est pas antinomique de viser à la fois la traçabilité et l'amélioration des pratiques, sauf à considérer que le temps colossal que demande la recherche des énoncés des risques, ainsi que l'élaboration des parades, incombe à des soignants qui étaient déjà surchargés par les soins et se plaignaient de ne pas disposer du temps nécessaire à les bien accomplir. Le temps étant une notion essentielle dans la réalisation d'un soin, on visualise aisément les effets délétères de l'ajout des divers documents à remplir quotidiennement afin de justifier des soins que l'on a de plus en plus de mal à exécuter faute de temps... Sachant que l'amélioration des pratiques nécessite que l'on passe du temps à y réfléchir ensemble... on voit mal comment nous pourrions nous tirer du mauvais pas dans lequel nous sommes désormais engagés. La fuite de nombreux soignants, associée à une crise des vocations sans précédent qui provoque de véritables déserts dans les spécialités les plus ris-

quées, aggrave considérablement la situation. Si nous sommes de plus en plus nombreux à critiquer cette évolution regrettable vers une dégradation extrêmement rapide du système de soins, sous couvert de « démarche qualité »... on observe un manque flagrant de propositions alternatives. S'il n'est pas souhaitable de revenir à une situation antérieure qui a fait la preuve de son insuffisance, le retranchement derrière la peur de la plainte me semble occulter toute tentative de penser autrement la responsabilité, la qualité des soins et la relation à l'autre. Ainsi, le recul de la notion de prise en charge globale du patient au profit de redécoupages de l'observation de ses troubles se fait-il sans que quiconque semble se préoccuper du changement radical que cela instaure dans les pratiques et surtout dans les esprits. Le nombre de feuillets à remplir ne cesse d'augmenter dans les dossiers de soin, dont aucun ne saurait donner d'information sur le ressenti du patient de son état ni sur la globalité de la situation. Qu'il s'agisse des feuilles d'observation de l'état de la peau, des feuilles de pansement, des feuilles d'évaluation de la douleur, des feuilles de suivi de la glycémie ou de l'insulinothérapie, chaque critère aura bientôt sa feuille d'observation, ce qui nous transporte à des années lumières de la prise en compte de la personne, sujet de ses soins... Un autre aspect de la déresponsabilisation vient renforcer la position de repli des soignants dans la crainte du risque. En effet, du côté de la population soignée, on s'achemine doucement vers des demandes de plus en plus fortes de prise en charge ce qui ne manque pas de creuser l'écart entre les moyens offerts par le système qui ne cessent de s'amoindrir et les exigences des utilisateurs qui croissent en fonction d'une meilleure information sur leurs droits. Une fois de plus, la réforme passe à côté d'une révolution nécessaire des mentalités qui donnerait au patient une vraie place, de personne sujet de ses soins, face à des soignants conscients de leurs limites et respectueux de la réalité de ceux qui les sollicitent.



Résumé : Le dossier médical personnel (DMP) nous fait passer au régime de la preuve préconstituée qui va venir imprégner tous les faits et gestes de tous les médecins. Des valeurs essentielles pour le soin s'en trouvent menacées : droit à l'oubli, dialogue oral comme primat de la communication, incertitude et doute dans le métier de soignant, prise de risque, accompagnement du patient dans le temps.

# L'éléphant judiciaire dans le cabinet de porcelaine

Patrice Muller

Médecin généraliste

Depuis quelques décennies, on peut constater une montée du judiciaire dans la médecine. Des affaires retentissantes mettant en cause le monde médical défrayent de temps à autre la chronique des medias : hier, l'affaire du sang contaminé, aujourd'hui, celle de l'hormone de croissance, relancée par un récent arrêt de la Cour de cassation. Elles ont fait descendre les médecins de leur piédestal et les usagers poursuivent un peu plus au pénal et/ou au civil, demandant des comptes aux médecins pour leurs fautes médicales et la réparation des préjudices subis. Nous sommes très loin, cependant, de la médecine américaine où des cabinets d'avocats spécialisés démarchent les patients à la sortie des hôpitaux en leur proposant d'éplucher leur dossier médical pour une poursuite judiciaire en contrepartie d'un pourcentage sur les dommages et intérêts perçus en cas de victoire au tribunal. Chez nous, nous n'en sommes pas arrivés à ce type de business, la justice est le plus souvent sollicitée en raison d'un dialogue de mauvaise qualité entre soignant et soigné.

## Une atmosphère sereine pour soigner

Dans la pratique quotidienne du médecin généraliste, rares sont les cas (1) où nous avons à connaître d'un de nos confrères poursuivi, voire condamné, pour homicide involontaire parce qu'il n'aurait pas donné toutes « ses chances » à

un patient pour guérir. L'effroi de la justice ne dure que quelques jours pendant lesquels nous prescrivons, passagèrement, davantage d'examen complémentaires ou hospitalisons un peu plus que nécessaire les malades pour mieux nous « couvrir au cas où ». L'atmosphère de la consultation reste aujourd'hui pour le médecin généraliste – et c'est heureux – toute entière baignée par les seules préoccupations liées au soin avec un glaive de la justice très haut placé, invisible, non perçu dans le ciel quotidien du métier. Il peut travailler avec la neutralité bienveillante requise pour écouter, observer, parler avec « son » patient avec le sentiment d'une grande liberté pour un soin prenant en compte toute la singularité de la personne qu'il en face de lui. L'espace du dialogue libre peut s'ouvrir ainsi, où tout peut potentiellement se dire (ou se taire) dans la confidentialité et l'intimité absolues de la parole exprimée. Le moteur de la consultation entre les deux protagonistes est dans cet échange verbal accompagné de tous les sens de la perception physique.

## Le théâtre libre et improvisé de la consultation

Nous sommes dans la situation d'une scène de théâtre improvisée avec d'un côté le soignant et les différents registres de sa compétence professionnelle qu'il est prêt à mettre en jeu en réponse à la personne souffrante qu'il a en face de lui

et qui, elle, lui exprimera comme elle le peut et comme elle le veut cette souffrance. Si improvisation il y a, elle est cependant préparée d'un côté comme de l'autre. Le malade a déjà perçu, observé depuis un certain temps et essayé de caractériser sa souffrance physique ou son mal-être. Le médecin généraliste lui, au fur et à mesure qu'il est sorti du moule hospitalier initial, a appris à se centrer sur la réalité de son métier. Dans sa check-list mentale, il sait que, dans tous les cas, il a entre autre « à vérifier » les éléments suivants :

- cette personne qui est en face de moi a-t-elle quelque chose d'urgent ou de grave qui nécessite que je passe d'emblée la main pour l'orienter rapidement vers le service hospitalier ad hoc ;
- est-il raisonnable de se donner une certaine durée d'observation du malade sans prescrire d'examen complémentaires parce que je ne dispose pas ce jour d'un diagnostic précis face aux symptômes dont se plaint le malade, mais seulement de simples conjectures probabilistes (fièvre et virose, maux de ventre avec examen physique normal, céphalées isolées et irrégulières, etc.) et que l'impression d'ensemble pour moi, médecin, qui analyse et juge avec toute sa raison médicale et ses sensations, plaide pour la non gravité et pour la régression spontanée des signes anormaux.

### Les accessoires de la science médicale

Le médecin dans le temps de la consultation utilise souvent, mais de façon circonstanciée, les accessoires de la science médicale dure, celle qui s'inscrit dans des chiffres : examens de laboratoire, images du corps, graphiques de mesures d'activité d'organes (électrocardiogramme). Il a aussi de plus en plus souvent recours à un ordinateur personnel qui engrange un certain nombre d'informations triées et hiérarchisées selon les problèmes de santé spécifiques du malade qu'il a à prendre en charge. La fin du jeu entre les deux protagonistes est la plupart du temps signée par la production d'une ordonnance écrite de la main

du docteur ou par l'intermédiaire du clavier de son ordinateur. Mais l'essentiel de la consultation se jouera entre les deux dans le registre d'un théâtre intime : paroles, regards, larmes et sourires échangés dans une totale liberté autour des questionnements du patient et des réponses du soignant : Docteur je veux savoir de quoi je souffre, est-ce grave, pouvez-vous m'aider à me sentir mieux, à moins souffrir ?

L'aventure médicale est alors possible. Elle se joue, au mieux, dans une création sans cesse renouvelée entre deux personnes en chair et en os qui dialoguent dans ce monde d'incertitudes diagnostiques et thérapeutiques dans lequel baigne ontologiquement la médecine générale, avec les incontournables prises de risque médical raisonnées et raisonnables qui en découlent (2).

### Tout change avec le Dossier Médical Personnel

L'un des deux piliers de la réforme de l'Assurance maladie adoptée par le Parlement à l'été 2004 doit se mettre en place sur des sites expérimentaux à la fin de l'année 2005 pour être opérationnel sur tout le territoire fin 2007. Il est vendu par ses promoteurs comme l'Outil pour une meilleure coordination des soins, permettant un accès rapide et sur tout le territoire à l'information médicale pertinente. Outre l'aspect usine à gaz technocratique du dispositif et les grands dangers d'atteinte à la confidentialité qu'il représente, le DMP, si ses promoteurs réussissent sa mise en application (3), va entraîner des effets redoutables par la nouvelle dimension judiciaire du soin qu'il implique.

Il ne s'agit pas de diaboliser l'outil informatique en tant que tel. Pas de faux débats. Nul ne peut contester les réels progrès médicaux que constituent les NTIC (4) pour l'aide au diagnostic ou à la décision thérapeutique (banques de données médicales informatisées), la transmission et le stockage des données médicales dans les cabinets médicaux (examens de laboratoires, images numérisées, etc.). Mais jusqu'ici, par leurs modalités d'utilisation, les NTIC étaient respectueuses





du dispositif théâtral, fondamental pour l'exercice de la médecine générale. Dans le décor, elles n'y sont qu'accessoires plus ou moins utilisés, à la demande, en fonction des situations précises et individualisées de la pièce dramatique (questions de vie ou de mort), sans spectateur qui va s'organiser et se jouer entre les deux protagonistes le médecin et son malade à partir de la plainte du patient (5).

### Le DMP, un bouleversement majeur pour le soin

Il va en être tout autrement avec le DMP. Par les caractéristiques de sa mise en application, il entraîne un bouleversement majeur du cadre conceptuel de la relation dans le soin. Du fait de l'obligation de fait et de la systématisation (6) de la trace écrite sous forme d'un stockage informatique de cette trace ineffaçable, qui accompagnera l'assuré social de sa naissance à sa mort, il marque la consultation du sceau de *la preuve écrite* si précieuse et indispensable à la Justice (7). D'une justice qui pèse ponctuellement, a posteriori, sur un médecin donné pour une affaire précise pour laquelle il a des comptes à rendre, le DMP nous fait passer au régime de la preuve préconstituée qui va venir imprégner toutes les consultations de tous les médecins. Le juge d'instruction, du fait des prérogatives liées à sa fonction, peut « le jour venu » lever tous les secrets, anonymisations et autres cryptages du DMP. Lors de chaque consultation, le DMP sera un temps obligé du médecin pour se munir à l'avance d'une preuve littérale des opérations juridiques concernant ses devoirs. Il aura tendance à multiplier les examens complémentaires pour se protéger juridiquement d'une évolution défavorable toujours possible et ainsi qu'on ne puisse pas lui reprocher de ne pas avoir tout fait, tout de suite, ce que la justice ignorante des spécificités de la médecine générale pourrait lui reprocher un jour. Les gestes et paroles sont devenus précontraints. Ils sont déformés par cette emprise judiciaire présente en permanence, en temps réel.

### Des valeurs essentielles en danger de mort

Le droit fondamental à l'oubli, le dialogue oral comme primat – le cas échéant exclusif – de la communication entre soignant et soigné, la prise de risque, l'incertitude et le doute dans le métier de soignant, le cheminement dans le temps à faire ensemble avec le patient permettant d'ajuster en fonction de l'évolution des symptômes les investigations et les traitements appropriés.

Oui, pour que les médecins puissent avoir des comptes à rendre devant la Justice, mais pas au crible déformé et déformant du DMP.

---

**1.** Au cours de l'année 2003, 234 décisions de justice concernant des médecins sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont été examinées. Huit des 234 décisions 2003 ont été prononcées par des juridictions pénales et 226 par des juridictions civiles. Le pourcentage de condamnations est respectivement de 75 % (6/8) au pénal et de 57 % (129/226) au civil. Au pénal figure un seul médecin généraliste mis en cause et condamné. In *Rapport sur les décisions de justice de l'exercice 2003 (médecins sociétaires du Sou Médical - Groupe MACSF)* par Dr Christian SICOT et Nicolas GOMBAULT - 20/04/2005.

**2.** Une analyse de résultats de consultation des médecins généralistes montre que seulement un tiers des consultations se conclut avec un diagnostic précis « certifié par tous les moyens de la science médicale à disposition ». Cf. travaux de la Société Française de Médecine Générale in *Diogène, cahier de validation n° 1*, par Pascal Clerc, Philippe Boinsault, Gilles Hebbrecht, eDRMG numéro 2 - juin 2002, 1, 3-38, consultable sur le site Internet de la SFMG : [www.sfm.org](http://www.sfm.org).

**3.** Cf. revue *Pratiques* n°29, « Guide pratique contre les méfaits de la Réforme de l'Assurance maladie » : pages 38 à 43

**4.** Nouvelles Technologies de l'Information et des Communications.

**5.** Du côté du médecin, il s'agit d'une improvisation professionnelle, c'est-à-dire qu'il a au moment du dialogue avec le patient un savoir et un savoir-faire professionnel qui résultent de sa formation initiale et continue et de son expérience acquise.

**6.** Le patient peut refuser l'inscription des données médicales, mais il est moins ou pas remboursé, le médecin s'engage en se conventionnant avec l'Assurance maladie à abonder le DMP. Cf. article L. 161-36-1, chapitre 3 de la loi portant réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004.

**7.** Dans la procédure pénale, rappels que les premières phases d'un procès relève du modèle inquisitoire avec la phase d'enquête et l'instruction, aux procédures écrites, secrètes et non contradictoires.

# Quel expert pour un médecin généraliste ?

Un médecin généraliste, sur plainte d'un patient, est mis en examen au pénal. Quel expert, reconnu le plus compétent par ses pairs, sera missionné par les juges pour dire les faits en rapport avec des manquements aux règles de sa discipline ? « Le meilleur expert d'un médecin généraliste ? Un spécialiste hospitalier » affirment des magistrats.

Dès le début de son parcours pénal, le généraliste, mis en examen, est soumis au mépris de certains experts choisis par le magistrat pour « leurs compétences en la matière » : mépris ou méprise ? La liste des experts agréés auprès des tribunaux ne renferme qu'une infime proportion de généralistes : discrimination, déni de la spécificité de sa pratique ?

Non, l'expert spécialiste ne connaît pas les règles du métier de généraliste, non il n'est pas compétent dans ce domaine, non il n'apportera pas au juge un avis reconnu par les médecins généralistes, mais des opinions partiales issues de leur savoir limité focalisé et restreint. Oui, mépris, méprise, ignorances aboutissent à un manque de chance, une inégalité, une discrimination pour le généraliste.

Alors, demandons à tous les généralistes en activité de s'inscrire sur les listes, à rendre obligatoire le choix des experts suivant la discipline du médecin traduit en justice. Enfin, à mon avis, les experts doivent être soumis à une formation continue et à l'expertise de leurs rapports : nous y disséquerons la langue judicario-médicale, mais aussi les processus de décision afin d'affiner nos pratiques du soin.

Anne-Marie Pabois

*Médecin généraliste*

## L'Ordre : du pair au pire

Le contexte particulier du pouvoir pétainiste permit l'avènement du projet de l'extrême droite médicale, repoussé antérieurement, et à plusieurs reprises, par l'opinion publique et par de nombreux professionnels.

Après ces tentatives infructueuses, l'Ordre Des Médecins (ODM) fut donc créé le 7 octobre 1940 ; simultanément, les syndicats médicaux existants furent supprimés, leurs biens séquestrés et versés à ce nouvel ODM, outil de la philosophie au pouvoir... il sera en première ligne pour, entre autres, « défendre la vigueur de la race »,

marginaliser et dénoncer les médecins juifs... Il a par la suite réussi à se maintenir dans la société française, malgré l'arrivée au pouvoir de partis politiques programmant sa suppression.

Disposant d'un budget conséquent (actuellement les 190 000 médecins exerçant en France sont obligés de lui verser 250 euros annuellement), il a les moyens d'exercer ses multiples attributions, et notamment celle de juridiction d'exception. Il peut en effet poursuivre tout médecin, de lui-même ou sur plainte externe et intervenir isolément ou simultanément à la justi-

Bernard Coadou

*Médecin généraliste*



ce commune. La procédure est instruite par les conseils départementaux, le conseil régional constitue la juridiction de premier niveau, la structure d'appel étant le conseil national. Les sanctions possibles vont de l'avertissement au blâme, à l'interdiction d'exercer avec ou sans sursis, transitoire ou définitive (radiation).

La justification ultime d'une telle juridiction nous est souvent répétée : les médecins seraient les mieux placés pour juger leurs confrères, écarter les malhonnêtes pour que les usagers disposent des meilleurs soins possibles...

La réalité nous semble toute autre, des médecins sont condamnés par l'Ordre des médecins, alors qu'ils sont innocentés par la justice commune : un pour immixtion dans la vie privée, pour signalement de maltraitance à enfant alors que la justice commune lui a donné raison et a protégé l'enfant ; un autre pour atteinte à l'honneur de la profession pour avoir été mise en cause dans un procès, alors

qu'un non-lieu avait été ensuite prononcé ; un autre médecin du travail pour avoir protégé un salarié, un médecin urgentiste pour avoir émis une analyse politique polémique sur le rôle des médecins libéraux dans la gestion des urgences...

Le pire nous semble avoir été atteint à l'encontre de notre confrère Michele d'Auria, qui vient d'échapper à une authentique mise à mort profes-

sionnelle, à l'issue de sa deuxième grève de la faim de cinquante quatre jours, co-suivie par son ami l'abbé Pierre les deux derniers jours.

Médecin exerçant en France depuis 1993 auprès des populations les plus démunies, aucune erreur ou négligence de nature médicale ne peut lui être reprochée. Sa « faute » a été de travailler sous un nom d'emprunt en raison d'une erreur judiciaire commise à son encontre en Italie. L'ODM a dissimulé la vérité qu'il connaissait dès 2003, le gouvernement français a reconnu la validité des arguments de Michele en refusant son extradition. La justice française a confirmé en novembre 2004 en

appel le non lieu prononcé, suite à la plainte contre lui de l'ODM du fait de son inscription au tableau sous ce nom d'emprunt. Malgré tous ces éléments tant juridiques que professionnels, l'ODM de Paris a refusé à maintes reprises qu'il puisse exercer son métier... Il a fallu une mobilisation sociale grandissante pour que vingt six mois d'interdiction d'exercer prennent fin !

Nous voyons que ces sanctions ordinaires, parfois isolées, ou constituant une double peine, peuvent alourdir les sanctions de la justice ordinaire, ou être en contradiction avec elle.

Il nous semble donc que la réalité, incontournable, montre que la juridiction ordinaire a maintes fois franchi le pas qui mène du pair au pire, et qu'elle ne constitue pas un avantage historique pour les professionnels.

Sans exprimer ici en détail notre point de vue sur l'ensemble de l'institution ordinaire, nous prétendons pouvoir dire que la fonction de tribunal d'exception, au service d'une idéologie qui vise à domestiquer le milieu professionnel, n'a pas fait la preuve d'un apport qualitatif manifeste. La suppression de cette possibilité de double peine, largement décriée par ailleurs et en voie d'extinction, nous semble de plus en plus à... l'ordre du jour !

La nouvelle poussée de zèle ordinal repose publiquement la question de cette institution, tant dans sa fonction juridictionnelle que dans son avenir institutionnel :

- le minimum démocratique exigible nous semble être la suppression de cette juridiction d'exception partisane et partielle, où les droits de la défense et la transparence des débats ne sont pas des plus élevés ; la juridiction commune avec magistrats spéciaux, aidée par des médecins experts sur liste départementale, utilisée par tirage au sort (cf. propositions de l'association UNAMDOR en 1990 dans son document « Ni l'Ordre ni le Vide ») nous semble suffisante.

- dans le même temps, la non obligation d'adhérer à ce syndicat obligatoire nous semble un préalable à adopter pour la pratique médicale dans notre pays... elle doit être suivie par un large débat sur les alternatives à la dissolution de cet ODM, exception au principe de séparation des pouvoirs, défini il y a plus de 250 ans par Montesquieu et base de nos fonctionnements démocratiques reconnus de tous...



Résumé : Comment expliquer l'inflation des demandes de certificats médicaux dans le cadre de la procédure de demande d'asile ? Quel sens cela a-t-il de demander à un médecin qu'il atteste la vérité de ce qu'ont enduré ses patients ?

# Certificat médical et logique de la preuve

Les médecins qui reçoivent des personnes en exil sont de plus en plus souvent confrontés à la demande de certificat médical. Il est parfois le motif de la consultation. Le praticien se trouve alors investi du rôle d'expert, dans la position « d'attester de la compatibilité des tortures alléguées avec les constats cliniques repérables ». Or, il n'y a généralement pas de traces typiques, car la torture n'est pas faite pour en laisser (voir encadré). Les séquelles de la souffrance infligée, des humiliations, de la terreur... sont souvent invisibles et muettes. Le praticien ne peut relier les symptômes à la barbarie qu'en se fondant sur ce que lui rapporte son patient, dans la mesure où celui-ci peut en parler.

Car l'un des principaux effets de la violence intentionnelle extrême est de faire taire. Parler de ces événements est difficile, parfois impossible. Rappelons que l'horreur laisse sans voix, que tenter de raconter implique de revenir sur ces moments-là, dans les lieux de l'épouvante, en présence du bourreau... Toute tentative pour brusquer la parole, pour obtenir des détails est susceptible d'accentuer la souffrance.

Le projet thérapeutique est incompatible avec une logique d'expertise, par définition inquisitrice qui ne se contente guère des déclarations de la personne. Ne pas être cru, alors que lui-même, peut-être, doute de sa raison, est insupportable pour celui ou celle qui a été victime de l'impensable. Cependant, son récit peut paraître proprement incroyable, car comment croire que l'humain est capable d'autant d'horreur ? Les défenses de chacun d'entre nous, contre les effets

de l'effroi, peuvent rendre complexe la formation d'une intime conviction. Parce que l'accepter pour possible, c'est vivre avec ce que le récit de la victime a déposé en nous.

Plusieurs consultations seront peut-être nécessaires pour que s'installe la confiance, élément déterminant et délicat. Dans le contexte de la violence politique, la menace est venue de l'autre, le semblable (parfois un médecin y a été impliqué). Quel temps faut-il à chacun pour renouer un lien suffisamment confiant, pour accepter d'être touché, ou même pour se laisser regarder quand les sévices, notamment sexuels, commencent par la nudité forcée ? L'examen ne ramène-t-il pas à certaines circonstances où l'autre, dans sa folle toute puissance, a abusé d'une passivité imposée ? Pris dans une logique d'attestation, comment le médecin pourra-t-il s'en tenir aux limites de la pudeur d'un patient ?

Or, la honte est un sentiment profondément dévastateur ; c'est pour cela, précisément, que les bourreaux utilisent les plus courantes et les plus sordides formes d'humiliations, généralement publiques. La peur d'être vu dans ces scènes-là qu'il aurait à décrire peut bloquer le patient, le souci aussi de ne pas y exposer le thérapeute, l'interprète ou une tierce personne susceptible de prendre connaissance de l'information dévoilée. Alors, les silences du patient sont parfois plus lourds que les mots qu'il peut trouver. Il n'est pas rare qu'une femme refuse que l'on fasse état de viol de crainte d'être rejetée par sa famille. Il est fréquent qu'un mineur isolé, dépendant de différentes institutions, craigne le dévoilement de son

Cécile Henriques

Rédactrice en chef de la revue trimestrielle de l'association Primo Lévi, Mémoires

Sibel Agrali

Directrice du centre Primo Lévi

Association Primo Lévi  
Tél. : 01 43 14 88 50  
primolevi@primolevi.asso.fr  
www.primolevi.asso.fr

## Les cicatrices invisibles

Que sait-on de la torture, des méthodes de torture, de la visée de la torture ? Sur quels éléments observables le médecin pourrait-il appuyer son intime conviction ? Face à l'inflation des demandes, non fondées, de certificats médicaux, le centre Primo Lévi appelle au débat.

« *De nombreuses formes de sévices ne laissent pas de traces et encore moins de cicatrices permanentes.* » Voici ce qu'établit le protocole d'Istanbul (1), préparé avec le concours de trente-huit organismes à travers le monde. Le Manuel vise à donner des méthodes d'enquêtes efficaces sur les présomptions de torture et autres mauvais traitements afin de contribuer à lever l'impunité des responsables. Le texte stipule que « *l'absence de telles preuves ne devraient pas être invoquées pour nier la torture* ». Plus loin, le document précise que « *les victimes de la torture peuvent présenter des lésions relativement atypiques. Si les lésions aiguës peuvent être caractéristiques des sévices allégués, la plupart guérissent dans un délai de six semaines environ en moyenne, sans laisser de traces significatives. Cela tient, dans bien des cas, au fait que les tortionnaires utilisent des méthodes destinées à éviter ou à limiter les marques visibles des blessures infligées. Dans de telles circonstances, l'examen physique pourra dégager un bilan apparemment normal, mais on ne saurait en inférer l'absence de sévices* ».

Au terme de leur fuite, les personnes victimes de torture parviennent en France des mois, parfois des années, après les sévices. Elles présentent alors « seulement » des symptômes somatiques tels que : maux de tête et de dos, troubles gastro-intestinaux, dysfonctionnements sexuels et douleurs musculaires ; ou psychologiques : dépression, anxiété, insomnie, cauchemars, troubles de la mémoire et de la concentration.

Un certificat médical, à ce stade, ne peut que reposer sur les plaintes, et donc les dires, du patient. La boucle est bouclée. Alors que les dires du demandeur d'asile (ses « allégations », ses « craintes ») sont balayés car subjectifs, car manquant de crédibilité, on demande qu'un certificat médical – qui, souvent, ne peut consigner autre chose que les dires du patient – atteste « objectivement » de ces mêmes dires !

Entre la logique de la preuve et la logique de la torture – qui, au-delà du corps qu'elle fait souffrir, « *constitue essentiellement une agression contre les structures psychologiques et sociales fondamentales de l'individu* » – il y a incompatibilité totale. Quelle cause sert-on réellement quand on participe à ce système dysfonctionnant ? La cause des victimes de la torture ?

En « jouant » les experts, ne laisserions-nous pas se perpétuer ce mythe de la preuve là où il y a détresse, humiliation, honte, isolement ? Soutient-on la cause des demandeurs d'asile en faisant croire que ceux qui ont été persécutés auraient plus de raison d'obtenir le statut de réfugié que ceux qui « craignent avec raison » d'être persécutés ?

L'application actuelle de la convention de Genève (2) va à l'encontre de l'esprit de la convention des Nations Unies et les recommandations du Haut Commissariat aux Réfugiés pour sa mise en œuvre. Il n'est nulle part mentionné la notion de « preuve » dans les critères à appliquer pour l'octroi du statut de réfugié. S'il appartient à la personne qui demande le statut de réfugié d'établir qu'elle « *craint avec raison d'être persécutée* », « *la détermination de la qualité de réfugié consistera... davantage en une évaluation des déclarations de l'intéressé qu'en un jugement porté sur la situation existant dans son pays d'origine* ». « *La crainte d'être persécuté n'est pas censée être réservée aux personnes qui ont déjà été persécutées ; elle peut être également le fait de celles qui veulent éviter de se trouver dans une situation où elles pourraient l'être* ».

La logique de la protection due est incompatible avec la logique de la forteresse Europe qui considère chaque demandeur d'asile comme un usurpateur, un fraudeur en puissance.

1. Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants, Série sur la formation professionnelle n° 8, pages 34 à 37.

2. Guide des procédures et critères à appliquer pour déterminer le statut de réfugié au regard de la convention de 1951 et du protocole de 1961 relatif au statut de réfugiés, HCR, Genève, septembre 1979.

histoire. Ne souhaite-t-il pas, par dessus tout, être un adolescent comme les autres ? Que dire de ces Tchétchènes qui redoutent que les interprètes ne soient des agents du renseignement russes ? Ce que le médecin a pu entendre, au cours d'un long chemin respectueux, que deviendra-t-il transcrit dans le certificat médical ? Le secret, garant de la confidentialité, peut-il être préservé sans que l'on puisse être assuré de la circulation du document ? Le patient exilé qui maîtrise rarement la langue française, parfois mal renseigné, peut-il mesurer ce que l'écrit du médecin va révéler de lui-même ? Aucun des destinataires probables de ce certificat n'est tenu par le secret médical, ni, à priori, formé pour lire le compte-rendu d'un médecin.

Dans ce contexte, le certificat médical est une forme de dévoilement qui fait intrusion dans la relation thérapeutique, à la demande d'un tiers. De quelles incidences le médecin est-il informé qui lui permettent de ne pas nuire à son patient ?

### Le rôle du médecin dévoyé

Le certificat s'adresse à l'autorité qui décidera de l'octroi du statut de réfugié. Le demandeur d'asile, bénéficiant de cette reconnaissance fondamentale, obtiendrait une nouvelle dignité, reprise contre le déni d'humanité... Il, elle, éventuellement sa famille, n'aurait plus à craindre un renvoi dans le pays qu'ils ont fui. Ce statut représente un enjeu vital pour le patient et, de fait, la condition d'un soin durable. Cependant, la délivrance de ce statut se fait désormais au compte-goutte. En France comme en Europe, le droit d'asile est démantelé. Les raisons de l'exil sont à priori disqualifiées. C'est ainsi que les demandes d'asile sont traitées par les autorités dans un climat de suspicion. Dans cette logique quasi pénale, le certificat médical joue le rôle de la preuve. Une logique qui dévoie le rôle du médecin.

Tout d'abord, il faut le rappeler, le droit d'asile établi en 1951 par la convention de Genève

garantit une protection à ceux « qui craignent avec raison des persécutions ». Le principe de précaution impose d'accueillir ces hommes, femmes et enfants sans attendre qu'ils aient subi des violences. Alors, si cette attestation est sans nécessité, quel sens cela a-t-il d'exiger une démarche si lourde de difficultés et incompatible avec la mission du soignant ?

Il serait utile de savoir qui fait cette demande. Elle est rarement le souhait du patient. Bien souvent, elle résulte des pressions de l'entourage du demandeur d'asile. Conseillers juridiques ou compatriotes, plus ou moins renseignés, sont eux-mêmes convaincus de la nécessité de présenter ce papier dans le dossier. La procédure prévoit un entretien, pourquoi ne pas écouter le demandeur plutôt que d'exiger un papier ?

L'administration n'a jamais formellement demandé de certificat. Elle n'est pas censée en avoir besoin, aussi n'a-t-elle pas précisé ce qu'elle en attendait. Dans les faits, il apparaît que tous les certificats ne sont pas reçus de la même manière. Ils sont retenus ou pas, appréciés selon la façon dont ils sont rédigés, selon leur émetteur. En pratique, on constate que les certificats médicaux pèsent assez peu sur les décisions. Au contraire, il n'est pas rare de les voir cités comme peu concluants lorsque l'Ofpra (1) ou la CRR (2) y font référence pour motiver leur refus. Ce qui avait été présenté comme un élément de soutien est susceptible de se retourner contre le demandeur d'asile.

Il ne faut pas sous-estimer le soupçon qui, disqualifiant à priori la parole de l'exilé, pèse également sur le médecin traitant, tenu pour trop bienveillant. Les brûlures de cigarettes, « constats cliniques repérables », ne seraient-elles pas des automutilations ? Les officiers de l'Ofpra et les juges de la CRR ont entendu tellement d'horreurs qu'ils sont au péril de la banalisation. Ne pas entendre les plaintes, n'est-ce pas le meilleur moyen de ne pas avoir à s'en occuper ?

La « gestion » des demandes d'asile vise à en limiter l'obtention, tandis que l'Europe installe à ses





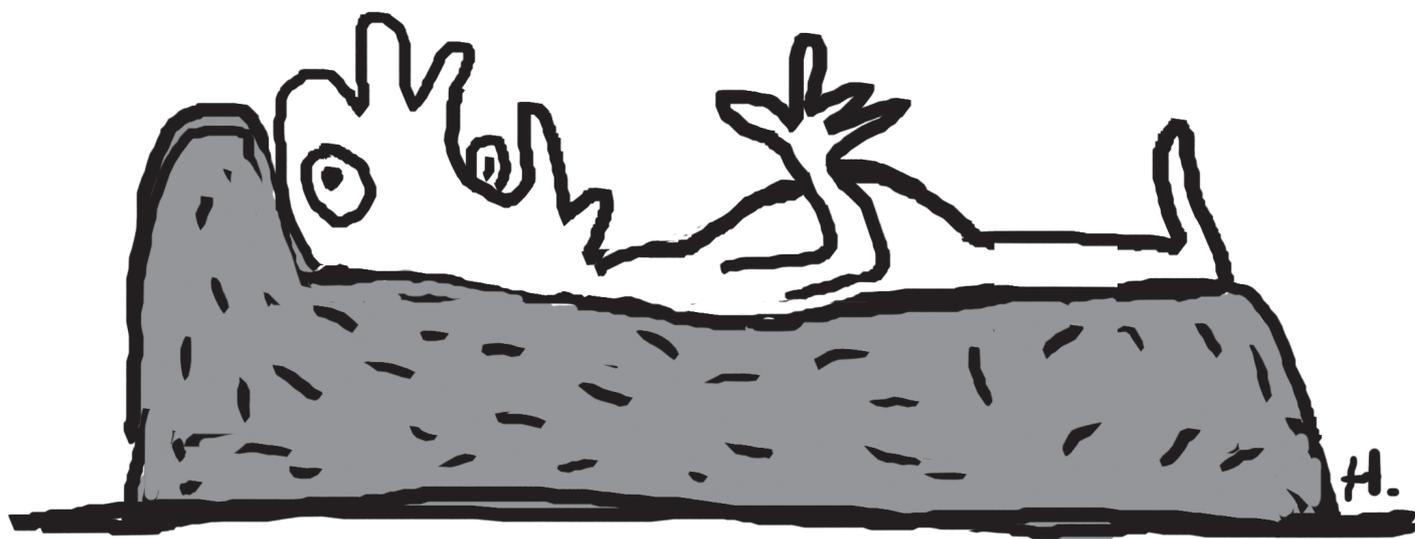
portes, en Libye par exemple, des camps qui retiendront hors de nos frontières ceux qui ont été contraints de fuir leur pays. L'administration met en œuvre des procédés d'attribution qui préservent seulement les apparences du droit d'asile. Politiquement, il nous serait certainement intolérable de refuser une protection aux personnes persécutées. Il est plus confortable de se convaincre que les déboutés des droits d'asile sont des menteurs.

Le médecin qui s'aventure sur le terrain de la preuve devient l'instrument d'une idéologie. Demander une preuve impossible permet d'écartier ceux dont le corps social ne veut pas. Et qui

portera les états d'âme d'une décision qui tranche le devenir d'êtres humains ? La procédure d'asile n'est pas le seul exemple dans lequel ledit savoir du médecin est utilisé comme un alibi pour une déresponsabilisation éthique. En sortant de son rôle de soignant, le médecin participe à la disqualification de la parole, celle du demandeur d'asile, la sienne, et finalement celle des citoyens. Ne s'agit-il pas là d'une question politique ?

- 
1. Ofpra : Office français pour les réfugiés et apatrides.
  2. CRR : Commission de recours pour les réfugiés.

DOCTEUR...  
JE VOIS SARKOZY  
PARTOUT!



Résumé : Confronté à une demande de la société qui souhaitait un rééquilibrage de la relation patient-soignant, le législateur est intervenu à plusieurs reprises pour consacrer un véritable droit à l'information du patient et à son consentement aux soins, pouvant aller jusqu'à un droit au refus de soins dans les situations non urgentes et même si la vie de l'intéressé est en danger.

# Le consentement éclairé : un droit au refus de traitement

La notion de consentement éclairé, si elle pose des questions éthiques, est avant tout une réponse juridique à un problème de société : une demande des personnes malades d'être informées de leur état de santé et des risques liés aux soins dont elles vont bénéficier, afin de participer aux prises de décision qui les concernent. Il s'agit d'une prise en compte de la responsabilité que souhaitent prendre les patients à l'égard de leur santé, en instaurant une relation plus équilibrée avec les soignants, afin de permettre au malade d'exprimer sa volonté.

Le but est également d'instaurer un véritable dialogue entre patients et soignants, sorte de contre-pouvoir à l'emprise croissante des gestes médicaux techniques, qui permet de considérer le malade dans sa globalité, aspects psychologiques inclus, et non simplement en fonction de la pathologie dont il est porteur. Cela passe par le développement du côté humain de la relation patient-soignant, fait d'empathie, d'aide et d'explication. Une des faiblesses actuelle du système de soins français est le manque d'écoute et de pédagogie de la part de nombreux soignants, alors qu'il est prouvé qu'un traitement compris et accepté est plus efficace qu'un traitement subi. L'information du patient et la recherche de son consentement comportent donc une dimension thérapeutique (M. Winckler, 2 003).

Mais si le droit a donc accompagné une évolution de la société civile, il se heurte encore à des réticences d'une partie du corps médical. Combien voit-on encore aujourd'hui de patients techniquement bien soignés, mais qui saisissent les tribunaux parce qu'ils ont été peu ou mal informés des tenants et aboutissants des traitements mis en œuvre et recherchent des explications objectives par le biais d'une expertise judiciaire ! Et ce n'est pas le recours croissant aux psychologues, qui, lorsqu'il est envisagé comme un palliatif au manque de goût ou de temps de certains médecins pour dialoguer avec leurs patients, permettra aux malades d'avoir les explications attendues sur les conséquences prévisibles des actes médicaux dont ils bénéficient, traduites souvent en termes de bénéfices/risques.

La notion de consentement éclairé, qui préexistait dans différents textes épars (code de déontologie médicale et charte du patient hospitalisé, notamment), a été consacrée par la loi du 4 mars 2002, qui a créé, dans le code de la santé publique, un nouveau titre relatif aux droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Les dispositions concernant cette notion sont regroupées dans un chapitre intitulé « Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté » (articles L 111-1 à 9).

Salomé Viviana

Magistrate spécialisée  
en droit de la santé



Elles prévoient notamment que le professionnel de santé est tenu d'informer le patient (sauf opposition de la part de ce dernier) de son état de santé et des traitements possibles et doit respecter les choix du malade. A la lecture de ces dispositions, on pourrait croire que l'on est simplement passé d'une situation où c'est le médecin qui sait et décide de ce qui est bon pour son patient à une situation où c'est le malade qui sait ce qui est bon pour lui et prend les décisions appropriées.

Mais la réalité n'est pas si simple. Tout d'abord, les décisions prises par le patient dépendent pour une large part des informations fournies par le médecin, qui doivent donc être honnêtes, loyales et compréhensibles par son interlocuteur. De fait, si certains médecins parviennent à instaurer un réel dialogue avec leurs patients, dans un climat de confiance, on voit encore trop souvent, devant les tribunaux, d'autres soignants expliquer qu'ils n'ont pas délivré une information complète à leur patient parce que ce dernier aurait peut-être alors refusé l'intervention jugée indispensable par le praticien, alors même que celle-ci, de par les complications qui s'en sont suivies, s'est finalement révélée préjudiciable au malade. Trop peu de médecins prennent également le temps d'expliquer à leur patient qu'il peut exister différentes façons de traiter une pathologie, qui ne comportent donc pas les mêmes intérêts et effets secondaires. Ils se bornent souvent à exposer le traitement qu'ils préconisent comme si c'était toujours le seul possible.

Différents facteurs peuvent expliquer ces réticences, telles que les lacunes de la formation initiale des médecins au cours de laquelle on ne leur apprend pas à écouter les patients, la crainte de perdre la confiance des malades si ceux-ci s'aperçoivent que la médecine n'est pas une science exacte et qu'il existe différentes façons d'aborder une même pathologie ou encore le manque de temps.

Ensuite, il existe une autre limite au consentement éclairé du malade, instaurée par la jurisprudence, qui est la sauvegarde de la vie du patient. L'article L 1111-4 du code de la santé publique,

qui prévoit à ce sujet que si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables, sous-entend donc que, dans tous les cas, la décision d'accepter ou non les soins proposés revient en dernier lieu au patient. La loi du 4 mars 2002 consacre en effet de manière très claire l'impossibilité pour le médecin d'aller à l'encontre de la volonté du patient, ce droit au refus de soins étant le corollaire logique de l'exigence du consentement éclairé.

Néanmoins, la jurisprudence en a décidé autrement, puisque dans un arrêt du 26 octobre 2001, Mme Senanayake (RFDA 2002 p.146), le Conseil d'Etat a jugé qu'un médecin pouvait légalement passer outre un refus clairement exprimé de transfusion sanguine dès lors qu'il le fait dans le seul but de sauvegarder la vie de son patient. Plus près de nous et postérieurement à l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, le Conseil d'Etat a confirmé sa position en jugeant, dans un arrêt du 16 août 2002 (Petites Affiches, 26 mars 2003), que si le droit, pour un patient majeur, de donner son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale, les médecins ne portent pas à cette liberté fondamentale une atteinte grave et manifestement illégale lorsque, après avoir tout mis en œuvre pour convaincre ce patient d'accepter des soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état.

De tels arrêts reviennent donc à dire que la mission première du médecin est de sauver des vies, même contre la volonté du principal intéressé. Le malade n'a donc le droit de décider de ce qu'il veut pour lui-même que dans la mesure où ses décisions ne mettent pas ses jours en danger. Son consentement éclairé se trouve donc strictement encadré. C'est une limite importante à l'autonomie des malades qui a été posée par les arrêts susmentionnés, qui mettent en avant un principe de vie qui serait supérieur à la liberté individuelle du patient.

Les valeurs morales qui sous-tendent ce raisonnement sont qu'un adulte responsable ne peut rationnellement refuser un soin vital et que s'il le fait, il convient de le protéger contre lui-même. Une volonté exprimée contre une valeur essentielle reconnue par la démocratie – la vie, perd sa légitimité (M. Heers, 1998).

Ces décisions de justice sont très controversées, puisqu'au nom d'une éthique fréquemment présentée comme fondée sur la philosophie kantienne (S. Hennette-Vauche, 2004), mais probablement basée davantage sur des valeurs chrétiennes, on a glissé subrepticement d'un droit aux soins à un devoir de se faire soigner qui semble bien éloigné de la volonté du législateur.

De fait, les parlementaires ont réagi par l'adoption, le 22 avril 2005, d'une loi relative aux droits des malades et à la fin de vie. Elle organise en particulier un renforcement des droits du patient qui passe par l'institution d'un droit au refus de l'obstination déraisonnable, lorsqu'il n'existe aucun espoir réel d'obtenir une amélioration de l'état de la personne et que ces actes entraînent une prolongation artificielle de la vie. Elle prévoit aussi la définition de procédures de refus ou d'arrêt de traitement, tant en faveur du malade conscient lorsqu'il le décide, et même si sa décision met ses jours en danger, qu'en faveur du malade inconscient, après avoir consulté la personne de confiance, la famille ou un proche.

Ainsi, cette loi a complété l'article L 111-4, en rajoutant la possibilité, pour le médecin, de faire appel à une autre personne du corps médical pour essayer de raisonner le patient qui refuse les soins (c'est déjà ce qui se passait dans la pratique). Elle a également rajouté que le patient doit réitérer sa décision de refus de soins après un délai raisonnable, et que celle-ci doit être inscrite dans son dossier médical. L'inscription au dossier se faisait déjà de manière courante, afin qu'une trace soit gardée du refus du malade en cas de

litige. On peut supposer qu'en reconnaissant expressément le droit du malade conscient à refuser des soins vitaux, ces nouvelles dispositions mettront en échec la jurisprudence précitée du Conseil d'Etat. La réitération du refus par le patient devrait être prise en compte, y compris par la juridiction administrative, pour ne plus autoriser les médecins à passer outre une volonté clairement affirmée.

Par contre, le fait que le patient doive réitérer sa décision après un délai raisonnable exclut les situations d'urgence pour lesquelles il est vraisemblable que la jurisprudence continue à autoriser les médecins à passer outre un refus de soins.

Les médecins devront donc apprendre à répondre à cette interpellation, en analysant les causes des refus de soins et en y réagissant de manière appropriée. Selon le cas, il pourra s'agir d'engager de nouveau le dialogue avec le malade en reformulant les explications, d'orienter le patient vers un confrère mieux à même de lui fournir une réponse adaptée ou de l'accompagner dans ses choix (J.J. Bouquier, 2004). C'est donc une nouvelle ère qui s'annonce, vers une médecine toujours plus soucieuse et respectueuse de l'individu, pour une plus grande dignité de tous.



#### Bibliographie

- Bouquier Jean-José, *Du droit au consentement au droit au refus de soins*, Conseil national de l'ordre des médecins, 29 et 30 janvier 2004.
- *Code de la santé publique*, Ed. Dalloz, 2004.
- Heers Mireille, Senanayake et Donyoh, RFDA 1998 p. 1231.
- Hennette-Vauche Stéphanie, *Kant contre Jehovah ? Refus de soins et dignité de la personne humaine*, in recueil Dalloz, 2004, n° 44 p. 3154
- Viviana Salomé, « Transfusions sanguines des Témoins de Jehovah », in *Votre Santé*, septembre 2004.
- Winckler Martin, *Nous sommes tous des patients*, Ed. Stock, 2003.

Résumé : Le consentement éclairé ne soulève pas seulement la question de l'information qui est délivrée par le médecin. Elle soulève aussi la question de la position affichée par le médecin, de son attitude. Le praticien qui présuppose que le patient est dénué de toute capacité décisionnelle du simple fait qu'il est patient fait fausse route. Quel que soit l'état de la personne, le soin ne peut être qu'une relation d'échange et de respect mutuel. Si ce respect n'est pas altéré par un sentiment fantasmatique de toute puissance du médecin, alors, seulement, le patient peut donner un consentement éclairé. Ce qui l'éclaire, ce n'est pas la précision technique de ce qu'on lui dit ; c'est la certitude d'exercer ses choix en toute liberté.

# Le médecin et le consentement éclairé

Martin Winckler

*Médecin généraliste et écrivain*

La principale difficulté que rencontre, en France, la mise en place du consentement éclairé du patient à un geste médical – quel qu'il soit – réside, en grande partie, sur la manière dont les médecins sont (dé)formés dans leur manière d'appréhender la personne qui leur fait face. Ce qu'il est difficile de comprendre (car c'est proprement incompréhensible), c'est que l'idée de demander au patient son consentement est profondément opposée, dans sa nature, aux idées qui président à la formation des médecins dans notre pays. En France, les facultés de médecine n'enseignent pas le soin mais la médecine, autrement dit : un savoir qui fut longtemps empirique et aspira au même statut de reconnaissance que les sciences exactes, et qui compense ses – très nombreuses – incertitudes et zones d'ombre par une rigidité souvent névrotique.

Or, la question du consentement est au cœur de toutes les activités médicales. Ainsi, il semble « naturel » qu'un médecin examine le patient qui vient lui présenter des symptômes. Mais est-il « naturel » que le médecin ne lui en demande pas l'autorisation ? Est-il « naturel » que le médecin fasse déshabiller le/la patient(e) entièrement ?

Qu'il l'examine seul ou (à l'hôpital) devant un aréopage d'autres professionnels, chevronnés ou en formation, voire devant un(e) autre patient(e) dans une chambre à deux lits ?

Non, ce n'est pas naturel mais ici, c'est l'usage. Il en va très différemment dans d'autres pays (l'Angleterre, les Etats-Unis, les Pays-Bas, la Scandinavie) où l'on n'examine jamais un patient nu (mais vêtu d'une chemise fine, qui n'entrave pas l'examen), où le praticien met toujours des gants en latex, où l'examen se fait souvent en présence d'un tiers (une infirmière) qui sert de repère aux deux protagonistes et où, par exemple, le refus du patient d'être examiné ou soigné est considéré comme l'expression d'une liberté inaliénable.

Dans ces pays, la question du consentement, posée dès la rencontre entre patient et soignant, fait l'objet d'une réévaluation permanente. En revanche, selon l'idéologie dominante dans le corps médical français, cette rencontre présuppose de la part du patient une confiance qui confine au renoncement : sous prétexte que tout malade est en position de faiblesse (ce qui est

*La Maladie de Sachs,*  
Ed. P. O. L., 1998  
*Nous sommes tous des patients,* Ed.. Stock, 2002  
*Les Trois Médecins,*  
Ed.. P. O. L., 2004

vrai), on laisse entendre que la maladie annule toute capacité décisionnelle (ce qui est faux) ou que tout patient qui consulte est un malade qui s'ignore (ce qui est encore plus faux). Cette vision des choses résulte d'une vision de soi – toujours très ancrée, sinon dans l'enseignement, du moins dans l'esprit des praticiens et dans les exemples de comportement qu'ils livrent aux soignants en formation – qui représente le médecin comme un être supérieur à ceux qu'il reçoit.

Il en découle de la part de nombreux praticiens une fâcheuse tendance à porter sur le patient qui consulte une série de jugements – sur sa manière de présenter les symptômes, l'interprétation qu'il en fait, les conclusions qu'il en tire, les attentes qui en naissent... et bien sûr les réticences qu'il peut, légitimement, opposer aux déclarations du médecin.

Cette propension au jugement (le plus souvent négatif) est évidemment défensive et névrotique, car elle témoigne d'une grande immaturité affective chez le médecin qui en est le jouet. Sans compter (et cela mériterait un développement en soi) que la maladie (réelle ou fantasmée) « apportée » par le patient renvoie également le médecin à sa propre peur de la maladie, de la déchéance ou de la mort alors qu'il n'a, le plus souvent, jamais eu la possibilité d'aborder ces questions pendant ses études, car on lui a laissé entendre qu'elles n'avaient rien à voir avec son métier... On comprend donc que nombre de médecins se sentent violemment remis en question par un patient qui refuse un traitement, voire déclare qu'il ne veut pas vivre – et qu'ils cherchent à tout prix à le plier à leur vision parfois « bienveillante » mais pas du tout « neutre ».

Sommé (par ses maîtres) de faire le bien des malades (qui sont réputés ne pas savoir ce qui est bon pour eux), le médecin se trouve ainsi pris entre deux options contradictoires : appliquer à la lettre les règles qu'on lui a enseignées (donc, contraindre ou persuader le patient à faire quelque chose que le médecin juge approprié)

ou « se plier » aux diktats des patients (et donc, trahir ce qu'il croit être son serment).

Or, dans la réalité complexe des rapports humains, les choses ne sont jamais aussi simplistes que cela : le patient qui fait appel au médecin lui livre ce qu'il veut bien livrer, il a des aspirations, des craintes, des demandes plus ou moins formulées, et le médecin lui fait des propositions fondées sur ce qu'il croit avoir compris, en cherchant à s'accommoder de ce qui chez le patient le choque, le dérange, l'attire ou le met mal à l'aise. Bref : la relation de soin est une négociation permanente, souvent longue, qui nécessite patience, respect, intelligence, tolérance, imagination, humour... des deux côtés – autant dire : une grande maturité de la part des protagonistes. S'il n'est pas toujours facile de faire preuve de maturité quand on est malade, on pourrait cependant attendre du médecin (qui, en général, est en bonne santé) d'être suffisamment bien formé pour avoir appris cette maturité, et l'humilité qui en découle. Malheureusement, maturité et humilité ne font pas partie des objectifs d'enseignement.

Lors d'une relation de soin idéale – vers lequel il est toujours possible de tendre, et que l'on observe couramment chez les praticiens qui ont participé à des groupes Balint, par exemple – après une patiente « mise à plat » du problème par les deux parties, les options thérapeutiques sont choisies par le patient parmi les propositions explicitées par le médecin et le médecin soutient le patient dans son choix. Ainsi, le patient exerce son autonomie ; le médecin exerce son métier au mieux de ses compétences, et la question du consentement n'est plus un problème, puisqu'il s'agit d'œuvrer à un projet commun.

En revanche, tant que les médecins concevront leur travail comme une « mission » quasi évangélique qui consiste à mettre le patient sur la voie de la sagesse (celle de la médecine), le consentement restera une question épineuse, qu'aucune loi ne pourra résoudre.



# Mehdi, de la déception à l'analyse

Martine Devries

Médecin généraliste

« Mehdi est en prison ». C'est son pharmacien qui me l'annonce, catastrophé. J'aurai ensuite un coup de fil du délégué du procureur pour se faire confirmer le traitement par Subutex®.

Je partage la surprise du pharmacien. Mehdi a 22 ans, il est en traitement depuis trois ans et a beaucoup changé pendant cette période : actuellement, il va bien. Nous l'avons connu « stone », assommé par ses cocktails, dépenaillé, avec des baskets à air, cassées, qui faisaient « couiiiiic » très fort à chaque pas... progressivement, il a repris pied dans la vie, fait une formation, et noué une relation amoureuse stable. Il a été incarcéré l'an dernier huit mois pour une affaire ancienne, est sorti en assez bon état, toujours avec son traitement. C'est maintenant un jeune homme stable posé, souriant, avec une conversation sensée, régulier dans son traitement. Il est très content de sa formation de carreleur ; il vient de trouver un appartement pour vivre avec sa copine, il a un petit chien qu'il emmène partout, mais pas à mes consultations. Tous les critères « d'aller bien » y sont, il me semble.

Presque... Il a été pris avec 150 grammes d'héroïne en poche. Ce n'est pas rien. Garde à vue, comparution immédiate, le sursis saute : deux ans fermes. Catastrophe. Et incompréhension de notre point de vue de soignants. Pour moi, il semble peu vraisemblable qu'il ait repris les produits, il n'en avait pas les signes. Alors ?

En discutant avec l'éducateur qui aurait dû le suivre (il était en obligation de soins, mais n'est allé qu'une seule fois, et a négligé les rendez-vous suivants), nous avons fait quelques réflexions qui peuvent aider à comprendre la situation.

Tout d'abord, Mehdi avait été condamné pour des délits : conduite automobile sans permis et sans assurance. Comportements qui témoignaient d'un rapport à la loi « pas intégré » pour le moins. Dans le même registre, il s'était fait prescrire (par moi, à mon insu) double dose de Subutex® pour « dépanner » sa copine. Mais ça, c'était terminé, et il avait très bien accepté les modalités rigoureuses du traitement. J'ai le regret de ne pas avoir abordé ce sujet avec lui, c'était « réglé », et je n'ai pas eu le courage d'y revenir.

J'ai le regret, aussi, de ne pas lui avoir prescrit d'examen d'urines ; comme il allait bien, ça ne me semblait pas nécessaire, et même cela me semblait nuisible au cours de la relation de confiance qui s'était installée. Cela aurait permis d'aborder, de rester vigilant sur la présence de la justice et de la loi. De la même manière, je ne me suis pas préoccupée de sa présence ou non à ses rendez-vous avec l'éducateur.

Il me semble que cette histoire peut nous rappeler, à nous soignants, que nos patients toxicomanes sont certes des patients que nous soignons avec des traitements (qui ne sont pas que des médicaments, nous en sommes bien conscients), mais leur vie ne dépend pas que de leur « santé », mais aussi de leurs choix... nous avons parfois une influence là-dessus, pas souvent.

La tentation de toute-puissance des soignants est grande, la présence du tiers qu'est l'intervenant « social » qu'il soit éducateur, délégué du juge d'application des peines, psychologue, a une importance que nous négligeons parfois ?

**Résumé :** L'exigence de sécurité juridique, corollaire d'une judiciarisation croissante de la société, a conduit le législateur à s'immiscer davantage dans les relations soignants-soignés. Confronté à des problématiques où se mêlent déontologie, éthique et pratiques, ainsi qu'aux exigences de sa propre discipline, comment intervient-il ? Quels choix fait-il ? Petite illustration avec le dernier avatar en date : la loi accompagnement de fin de vie.

# Le malade, le médecin, le juriste et la mort

La loi *Accompagnement de fin de vie* constitue la dernière étape (sans doute provisoire) d'un long processus de « normalisation » des rapports entre les malades et les soignants en même temps qu'elle marque une sorte de réappropriation par le premier de son corps et de sa mort.

La relation entre le patient et le médecin, et plus largement entre les usagers du système de santé et les professionnels de santé, a lentement évolué. Il suffit pour s'en convaincre de songer que la première reconnaissance par la Cour de cassation d'un droit des malades date de 1942 : dans un arrêt du 28 janvier 1942 (arrêt « Teyssier »), cette Cour affirme le principe du respect du consentement préalable du malade à des examens ou à la mise en place d'une thérapeutique !

De fait, la maladie, la souffrance, le silence souvent, placent le malade dans une situation fragile par rapport à celui qui le soigne. L'évolution des techniques, ce qu'elles permettent de réaliser ou d'espérer n'a rien changé à cet état de fait, voire l'a peut-être même aggravé. Comme le souligne le Comité consultatif national d'éthique (1), « le paradoxe de la médecine contemporaine est qu'en élargissant sans cesse l'éventail de ses possibilités thérapeutiques, elle rend le décryptage des choix proposés de plus en plus difficile. Cette nouvelle donne s'est traduite sur le plan juridique par une demande croissante de participation du patient à la décision comme si l'angoisse d'être soumis à une sorte de dictature de la médecine créait le besoin de rééquilibrer cette relation, par essence, toujours asymétrique. Cette nouvelle cultu-

re s'accompagne d'une judiciarisation croissante des pratiques [...] qui met en demeure la médecine de répondre à des impératifs contradictoires : soigner au mieux, mais dans des limites imposées, contraintes, voire hostiles »).

« En terminer ou poursuivre », faut-il consacrer un droit des personnes à « réussir leur sortie » (2) ? Telle est brutalement posée la problématique de la fin de vie. Le débat sur cette « querelle » des volontés est loin d'être clos, mais la loi du 22 avril 2005 a le mérite d'avoir recherché ce subtil équilibre entre deux volontés et au-delà entre deux sensibilités différentes : celle du médecin et celle du juriste.

Le vocabulaire médical emprunte volontiers au vocabulaire juridique, en particulier pénal (malade « condamné » ou en « sursis »), pour définir certaines situations. Cette proximité sémantique ne doit pas masquer la singularité de la question posée au juriste, pour lequel donner la mort reste une infraction pénale : peut-on ne pas condamner une personne qui tente d'humaniser la mort en effectuant un acte qui l'anticipe ?

Confrontée à la difficulté, la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie, créée au sein de l'Assemblée nationale, et présidée par M. Léonetti, a conclu à la nécessité d'une intervention législative. Deux impératifs, qu'il résume en ces termes, l'y ont conduite : « Si les malades refusent naturellement la douleur, la souffrance et la déchéance, ils récusent en même temps l'acharnement thérapeutique et redoutent le risque d'une

Sylvie  
Lagabrielle

*Juriste*



décision médicale, qui pourrait parfois être clandestine et susceptible d'être prise à leur insu. S'ils sont opposés à toute euthanasie et à tout acharnement thérapeutique, les professionnels de santé, quant à eux, revendiquent une clarification des termes employés le plus souvent très confusément et aspirent à une plus grande sécurité juridique. »

La réponse proposée, abordée d'un point de vue strictement technique est assez classique : le législateur s'est inscrit dans une structure contractuelle opposant droit des malades et du médecin.

La spécificité de la « demande de mort » réclamait tout de même une intervention particulière car plusieurs cas de figure peuvent être envisagés :

- le malade conscient en fin de vie ;
- le malade conscient « mais non en fin de vie » ;
- le malade inconscient dans l'une et l'autre de ces situations.

La sécurité juridique du médecin réclamait des réponses spécifiques permettant de caractériser cette volonté d'« en finir ». D'où un dispositif différenciant les situations de conscience/non conscience et vie/fin de vie que l'on peut ainsi résumer :

- Refus de l'« obstination déraisonnable », lorsqu'il n'existe aucun espoir réel d'obtenir une amélioration de l'état de la personne et que les actes médicaux entraînent une prolongation artificielle de la vie.
- Renforcement des droits des malades par la définition de procédures de limitation ou d'arrêt de traitement et par l'obligation faite aux médecins de recourir, en pareille situation, aux soins palliatifs (ces procédures marquant indirectement la champ de la responsabilité du médecin).

Restait le problème de la conscience ; là aussi deux réponses furent apportées : la reconnaissance d'une valeur indicative aux directives anticipées laissées par le patient devenu inconscient, le renforcement du rôle de la personne de confiance introduite dans le colloque soigné/soignant par la loi sur le droit des malades du 4 mars 2002.

Deux articles retiendront notre attention :

- Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a

désigné une personne de confiance, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin (art. L 1111-12 du Code de la santé publique).

– Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical (art. L 1111-13, alinéa 1 du Code de la santé publique).

Il ne paraît pas inconcevable d'imaginer qu'un traitement appliqué avec l'aval de la personne de confiance en application de l'article 1111-12 du Code de la santé publique se révèle inefficace ou impuissant à améliorer l'état de santé du malade et que l'on se retrouve dans la situation de l'article 1111-13. La procédure « allégée » prévue par l'article 1111-12 du CSP place alors la personne de confiance en situation difficile vis-à-vis des proches. Il y a là une « niche à contentieux » probable.

Au regard de ce rôle renforcé, la désignation d'une personne de confiance dans le cas des majeurs protégés pose, par ailleurs, des problèmes spécifiques. L'article 1111-6 du Code de la santé publique prévoit, en effet, qu'en cas de mise sous tutelle, le juge des tutelles peut, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer sa désignation. Le cas de l'absence de désignation préalable d'une personne de confiance n'est pas évoqué par l'article et la désignation du juge des tutelles comme personne de confiance « par défaut » n'est pas totalement satisfaisante si l'on songe à l'état des effectifs de la magistrature !

Demeure enfin la question, toujours en filigrane et non réglée à ce jour de l'euthanasie dite « active ».

Les demandes d'euthanasie sont, souvent, liées à la peur de la souffrance, mais aussi à celle de la déchéance, critère, qui, dans une société qui valorise avant tout la vitesse, la jeunesse, l'efficacité et la rentabilité, n'est pas sans susciter des inquiétudes.

**1.** Avis n° 87 « refus de traitement et autonomie de la personne ».

**2.** Pour reprendre l'expression de M. Jean-Claude Magendie, président du tribunal de grande instance de Paris, dans « Médecin et Justice face à la demande de mort ».



**Résumé :** La loi adoptée au printemps concernant la fin de vie et laissant aux médecins la possibilité de laisser mourir leur patient au nom du refus d'acharnement thérapeutique ne répond pas à notre devise nationale. Pas de liberté pour le citoyen, puisque son éventuelle volonté anticipée d'être aidé à mourir n'a pas de valeur légale ; pas d'égalité face à la mort, le médecin et/ou l'équipe soignante prenant et assumant la décision, agissant en pleine subjectivité sans contraintes juridiquement opposables ; pas de reconnaissance de la fraternité, l'accompagnement du malade par le médecin et l'installation d'une solidarité face à la maladie, sont des fondements du respect de la volonté du patient, le soignant prenant ses responsabilités en cas d'euthanasie sans en faire un acte de pouvoir médical. Pour ne pas vivre au-delà de ce que vous jugez supportable, il vous faudra toujours trouver un médecin, vous faire entendre, comprendre, ne pas être rejeté comme « dépressif » et enfin être accompagné. Certains savent mieux se faire entendre que d'autres, la loi n'y a rien changé.

## Inégalités du droit à mourir

### Euthanasie, une pratique ancienne, du domaine de l'humain

L'interdit est fondateur de l'humanité : tu ne tueras pas ton prochain... et pourtant, il est transgressé depuis toujours... par humanisme ; c'est l'aide apportée à mourir, quand il n'y a plus d'autre issue qu'une fin de vie douloureuse, indigne ou intolérable pour n'importe quelle cause, souvent à la demande du malade, parfois de l'entourage familial ou social.

Du suicide assisté de Socrate à l'euthanasie de François Mitterrand, les hommes se sont entraînés, dans tous ces moments, que peu d'entre nous souhaitent vivre dans la solitude ou l'abandon. Le bourreau qui étrangle la sorcière avant d'allumer le bûcher, le résistant qui tient le cyanure sur lui, le prêtre qui donne l'extrême onction aux blessés condamnés sur le champ de bataille avant qu'un autre les aide à partir, le soldat qui achève son compagnon agonisant, la

mère qui tue son enfant incurable, le médecin qui endort pour toujours le malade qui le demande, tous sont des assassins, aucun n'est condamnable, ni même condamné pour le moment. Depuis un siècle en France, personne n'a jamais été condamné lors des rares procès d'assises menés à leur terme.

L'impunité de ces « crimes avec préméditation » pose problème : même si la « victime » est supposée consentante, pourquoi la justice ne se saisit-elle pas ou si peu souvent ? A-t-elle peur d'un afflux de procès ou de l'absence de condamnation ? Ou attend-elle un cadre légal, qui vient d'arriver, mais partiel et déresponsabilisant ?

### Une loi qui autorise le laisser mourir sans attribuer la prise de décision au patient

N'oublions pas que la France est le seul pays où il a fallu une loi pour obliger les médecins à traiter effica-

**Bernard Senet**

*Médecin généraliste,  
membre de l'ADMD*

**Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité**  
50, rue de Chabrol  
75010 Paris  
Tél. : 01 48 00 04 92/16  
Fax : 01 48 00 05 72



cement et professionnellement la douleur, un article du Code de déontologie, puis une loi pour respecter puis accompagner le refus d'acharnement thérapeutique, une loi pour que le dossier médical soit accessible au patient, une loi pour que les soignants respectent la volonté des malades concernant leurs choix thérapeutiques.

Dernière née la loi autorisant à « laisser mourir » le sujet qui refuse trop de soins palliatifs à son goût : inutile puisque reprenant ce qui existe dans les textes sur les droits des malades et sur les soins palliatifs, elle a été votée sous la pression des médias suite à « l'affaire Vincent Imbert », mais ne résout en aucun cas des demandes comme la sienne.

Sauf qu'elle donne un cadre aux médecins, la plupart n'attendent pas que le malade meure de faim et pratiqueront comme maintenant des sédations bien codifiées. Mais où est prise en compte la volonté du patient : c'est sous-entendu pour certains, volontairement absent pour d'autres. Cet oubli la rend inégalitaire ; selon le médecin concerné, le malade sera entendu ou non. La reconnaissance juridique des directives anticipées rédigées par le patient encore apte à décider n'est pas clairement respectée dans la loi.

### **Le patient propose, le médecin dispose, que vont faire les juges ?**

Nous sommes confrontés avec cette loi, au problème fondamental du responsable de la décision : alors que la déclaration des Droits de l'Homme se trouvait confortée par la loi de mars 2002, chacun doit décider pour lui-même et assumer les choix le concernant, les législateurs ont choisi de responsabiliser le médecin, donc de déresponsabiliser le malade en fin de vie qui perd alors son statut de citoyen autonome. Les soins palliatifs n'ont pas manqué d'arguments pour mettre en avant la fragilité psychologique des personnes soumises à une maladie incurable, ils ont enfoncé le clou sur la fameuse rétractation du sujet douloureux demandant l'euthanasie avant d'être soulagé ; nos élus, qui connaissent chacun un médecin qui saura les aider au cas où il le faudrait, sont tombés d'accord sur l'ignorance du peuple et la nécessité de responsabiliser les médecins, tout en maintenant l'interdit. C'est la

rencontre du corporatisme médical et du mépris parlementaire : alors que plus de 80 % de la population veut pouvoir décider de son mode de mourir, la commission parlementaire n'a auditionné que des médecins « palliatologues », parmi lesquels beaucoup de prêtres et religieuses, et les représentants des confessions, qui renvoient à Dieu la gestion de la vie... et de la mort.

Un débat citoyen sur le sujet aurait balayé de nombreux archaïsmes. Les juges sont maintenant tranquilles : la parole du médecin suffira pour justifier un « laisser mourir ». A la place de ceux qui refusent l'euthanasie, cette loi m'inquiéterait, car un document refusant l'interruption volontaire de la vie (pourquoi pas IVV) n'a pas plus de valeur qu'une déclaration de volonté le demandant.

### **Inégalité devant la mort, comme devant la maladie**

Auparavant, les juges envoyaient devant les assises, qui n'ont jamais condamné, ce qui est certainement frustrant pour eux. Avec la loi, ils vont pouvoir juger et décider si le médecin est condamnable : comme la loi est pratiquement vide concernant la volonté du sujet, ils agiront en toute subjectivité. Entre le professeur de cancérologie qui aura aidé une actrice pleine de métastases d'un sein et le gériatre provincial qui aura aidé une vieille dame souffrant d'artérite terminale, le prix à payer du « laisser mourir » sera certainement différent. Ce qui confirme que cette loi n'est pas égalitaire, ni pour le soigné, ni pour les soignants. Bien que l'inégalité devant la santé, la maladie et la mort soit évidente, les lois concernant l'éthique médicale (procréation assistée, don d'organe...) ont toujours voulu favoriser l'égalité face au problème ; ici, ce n'est ni rappelé, ni introduit dans le texte – cela aurait obligé à tenir compte de l'avis du sujet concerné...

C'est pourquoi cette loi sera très vite dépassée, car ne répondant ni aux demandes, type Vincent Imbert, ni au sujet âgé ayant décidé d'arrêter, ni au tétraplégique ou autre polyhandicapé. Les Belges et les Néerlandais ont légalement tenté une réponse, le Parlement français a botté en touche sous la pression médiatique, sans prendre ses responsabilités, laissant les juges décider en cas de contestation, ce qui arrivera sûrement.

# Le secret professionnel

Principe posé par l'article 226-13 du Code pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ». Le champ d'application est vaste puisqu'il concerne les magistrats, les avocats, les médecins, les ministres des cultes, les assureurs, les banquiers, les commissaires aux comptes, les experts-comptables, les gardes-chasse, les employés des postes et télécommunications, les jurés, les notaires, les policiers.

Le secret professionnel qui s'impose aux médecins est un devoir de leur état, il est général et absolu, sauf lorsque la loi en dispose autrement, et il n'appartient à personne de les en affranchir. Le délit de violation du secret professionnel est instauré non seulement dans l'intérêt général, pour assurer la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions, mais également dans l'intérêt des citoyens, pour garantir la sécurité des confidences que ceux-ci sont dans la nécessité de faire à certaines personnes du fait de leur profession ou de leur état. Ainsi, un médecin ne peut remettre à l'épouse d'un patient des informations relatives à la santé de celui-ci. De même, les juges ne peuvent ordonner le versement d'un dossier hospitalier aux débats, ils peuvent seulement donner mission au médecin expert qu'ils commettent de consulter le dossier hospitalier.

Les conditions de la levée du secret professionnel sont définies par l'article 226-14 du Code pénal

qui dispose que « Le secret n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de 15 ans (1) ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ». Il faut bien comprendre qu'il s'agit dans ce cas d'une faculté d'être délivré du secret professionnel et non d'une obligation de délivrer les informations. Un médecin peut, avec l'accord de la victime, porter à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession. Quand la victime est mineure, son accord n'est pas obligatoire, pas plus que celui de ses représentants légaux. Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée à l'égard du médecin qui aura signalé aux autorités compétentes des sévices physiques ou psychiques ou des violences physiques, sexuelles ou psychiques présumés. Par ailleurs, ce même article prévoit que la levée du secret est possible pour les « professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet (le préfet de police à Paris) du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une ».

L'article 434-3 du Code pénal dispose « Le fait pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à

Hélène Franco

Vice-présidente du Syndicat de la Magistrature et juge des enfants à Bobigny



*une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience psychique ou physique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende* ». Cet article ne concerne pas les personnes soumises au secret professionnel défini par l'article 226-13 du Code pénal.

De même, l'article 434-11 du Code pénal qui dispose que « *Le fait, pour quiconque connaissant la preuve de l'innocence d'une personne en détention provisoire ou jugée pour crime ou délit, de s'abstenir volontairement d'en apporter aussitôt le témoignage aux autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros*

*d'amende* » n'est pas applicable aux personnes soumises à l'article 226-13 du Code pénal.

Bien entendu, le secret professionnel ne s'applique que dans l'exercice de la profession. Un médecin, hors le cadre de ses fonctions, est donc soumis aux articles 434-3 et 434-11 du Code pénal.

Il faut retenir que le secret professionnel est la règle, que sa levée est laissée à l'appréciation du médecin conformément aux situations énoncées par l'article 226-14 du Code pénal. Cette levée ne s'impose donc jamais à un médecin dans l'exercice de sa profession.

---

**1.** « mineur de quinze ans » signifie mineur de moins de quinze ans.

**Résumé :** L'extension de la politique sécuritaire met gravement en cause le secret professionnel et l'indépendance professionnelle dans le champ médico-social. Le projet de loi « Sarkozy-Villepin » de « prévention de la délinquance », les rapports Benisti et Hermange ont suscité la création d'un collectif national unitaire pour s'opposer à ce grave péril, qui nous paraît corréllé avec celui du DMP (dossier médical partagé).

# Collectif anti-délétion

Un Collectif National Unitaire s'est constitué pour lutter contre l'avant-projet de loi sur la « prévention de la délinquance ». Cet avant-projet a été rédigé par Nicolas Sarkozy au ministère de l'Intérieur. Le remplacement de celui-ci par Dominique de Villepin, puis son retour à l'Intérieur, de Villepin devenant Premier ministre, ne semble pas avoir altéré sérieusement la nature de ce projet ; son passage à l'Assemblée nationale est toujours d'actualité (été ou automne 2005). Ce projet liberticide organise le fichage des populations en difficulté, la délétion généralisée et la fin du secret professionnel.

## Un projet liberticide

Voici des extraits choisis et commentaires du texte... tel qu'il n'a pas été soumis à concertation :

Article 19 : « importance du rôle de tous les membres de l'Education nationale dans la prévention de la délinquance ».

Article 21 : « Sera rendue obligatoire la transmission par l'inspecteur d'académie d'un état régulier des élèves inscrits et dont les absences sont insuffisamment justifiées. » La transmission se ferait vers le maire ou le président du conseil général. Devient également obligatoire la « transmission par l'inspecteur d'académie au maire d'une information régulière sur les élèves dont le manque d'assiduité dans les devoirs relève d'un problème social ».

Et ceci est valable aussi pour l'enseignement à distance (type CNED) !

*Commentaire : Si tu as un problème scolaire plus un problème social, un délinquant tu seras ! Et le maire doit le savoir. L'instituteur devient un agent de dénonciation par le biais de l'inspecteur d'académie.*

Article 22 : « Les personnes qui, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, interviennent au bénéfice d'une personne présentant des difficultés sociales ou éducatives, sont habilitées à se communiquer réciproquement tout renseignement et document nécessaire à l'accomplissement de leur mission. »

Option : « la personne concernée est informée du partage d'information ».

*Commentaire : la transparence de toute personne en difficulté devient la norme. La personne ne le sait pas forcément et n'a pas son mot à dire.*

Article 23 : « Le maire désigne un coordinateur responsable du partage des informations. »

Surtout : « Tout professionnel intervenant au titre de l'action éducative, sociale ou préventive est tenu d'informer le maire de la commune de résidence de la personne au bénéfice de laquelle il intervient. »

« Le maire, lorsqu'il est averti de la situation d'une personne laissant craindre un risque de délinquance, peut mettre en œuvre des actions d'aide et de soutien. Les acteurs locaux de la prévention sont tenus de lui faire connaître l'existence des actions qu'ils mènent concernant cette personne. Cette communication ne constitue pas une violation du secret professionnel. »

*Commentaire : C'est l'article central qui organise la délétion pour les travailleurs sociaux, dans une acception très large, le fichage des personnes en difficulté, au niveau des mairies, ainsi qu'un contrôle des actions entreprises, ce qui ouvre la porte à une orientation des outils professionnels par le politique. Le dernier paragraphe est une simple dénégation.*

Article 24 : La PMI pourra intervenir au-delà de six ans, jusqu'à seize ou dix-huit ans, hors champ

Alain Chabert  
et Claire Gekiere

*Médecins psychiatres membres  
de l'Union Syndicale de la  
Psychiatrie*

**Union Syndicale  
de la Psychiatrie**  
52, rue Gallieni  
92240 Malakoff  
uspsy@free.fr  
<http://www.abri.org/antidelation>



scolaire, « par exemple sur le signalement d'une assistante sociale » ; cette action sera « coordonnée avec la prévention spécialisée et le maire ».

*Commentaire : La chaîne de délation s'organise, avec disparition du secret professionnel, y compris le secret médical : assistance sociale – PMI – prévention – mairie.*

Chapitre 1 : chapitre sur la prévention de la consommation de drogue.

Article 34 : « La politique de prévention de consommation de drogue doit nécessairement se coordonner avec celle de la prévention de la délinquance. »

*Commentaire : L'utilisateur de drogue, qui s'adresse à un centre, ne peut plus s'attendre à voir son anonymat respecté, il est d'emblée considéré comme délinquant par les personnes censées s'occuper de son problème.*

Chapitre 2 : chapitre sur la prévention en matière psychiatrique.

Article 35 : Modification de la loi de 1990 pour les hospitalisations d'office. Elle instaure une période « d'observation » de 72 heures entre l'arrêt du maire (ou du commissaire de police) et l'arrêt du préfet.

Modification de la loi de 1990 pour les hospitalisations à la demande d'un tiers, avec suppression du 2<sup>e</sup> certificat et instauration d'une obligation de soins (à l'issue de la période de 72 heures), prononcée par le directeur d'établissement sur un certificat d'un psychiatre ; cette obligation peut être

soit en hospitalisation, soit en ambulatoire ; en cas de non-respect, il y a rehospitalisation immédiate.

*Commentaire : Le malade mental est assimilé à un délinquant. La possibilité d'interner est étendue au commissaire de police. Un temps de non-droit est instauré, d'une durée de 72 heures : c'est la garde à vue psychiatrique. Le directeur, un administratif, n'est pas compétent pour dire si telle personne nécessite des soins sous contrainte, ni au plan juridique, ni au plan médical.*

Article 35 : Toujours modifiant l'article 3211-13 du Code de la santé publique : « il est créé un fichier national des hospitalisations psychiatriques ».

*Commentaire : 500 000 personnes par an en France ! Seul le III<sup>e</sup> Reich avait créé un tel fichier de malades mentaux !*

### Un durcissement à craindre

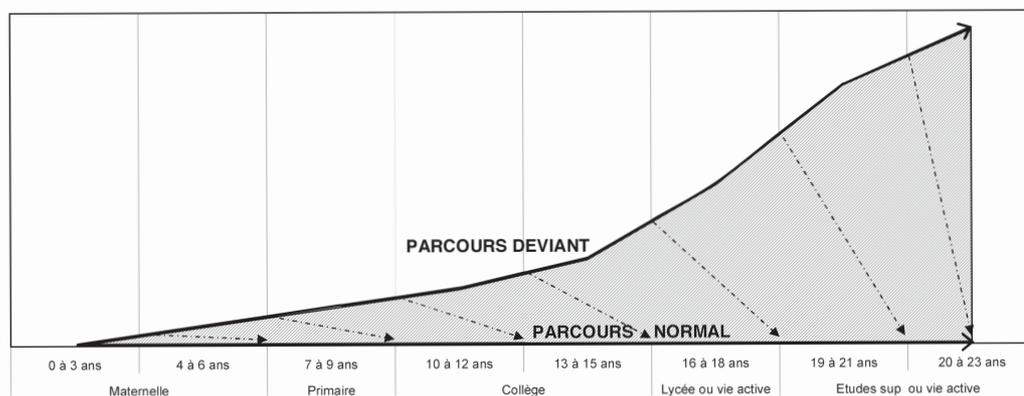
Des rapports parlementaires récents nous font craindre plutôt un durcissement des mesures qui ressortiront de la loi une fois votée.

Le rapport de M. Benisti, député du Val-de-Marne, a été remis au ministère de l'Intérieur en novembre 2004.

« Il faut redéfinir la notion de secret professionnel et créer une culture du secret partagé. »

*Commentaire : Ceci revient à substituer, à la protection du secret comme nécessité absolue pour aider les personnes, le dévoilement collectif. C'est la fin du secret professionnel.*

COURBE EVOLUTIVE D'UN JEUNE QUI AU FUR ET A MESURE DES ANNEES S'ECARTE DU « DROIT CHEMIN » POUR S'ENFONCER DANS LA DELINQUANCE



« Il faut cibler la délinquance que l'on souhaite viser, par exemple la mise en place de structures telles que le conseil scientifique de l'observation des statistiques de l'immigration et de l'intervention. »

*Commentaire : Vieille antienne, immigration = délinquance.*

*Commentaire : Ceci est une idée délirante matérialisée. On sait que l'histoire du xx<sup>e</sup> siècle a réalisé des idées délirantes, qui se sont révélées meurtrières.*

*Dysphasique à 18 mois, donc grand délinquant à 23 ans ! Terrifiant.*

Entre 1 et 3 ans : « Si les parents sont d'origine étrangère, ils devront s'obliger à parler le français dans leur foyer pour habituer les enfants à n'avoir que cette langue pour s'exprimer. »

*Commentaire : Le délire s'étend et efface nos réalités communes, par exemple l'intérêt du bilinguisme. Il convient d'acculturer (traduction : si vous parlez arabe chez vous, vos enfants seront des bandits).*

Entre 4 et 6 ans : « L'enseignant devra parler aux parents pour qu'au domicile la seule langue parlée soit le français. » ; « Si le comportement de l'enfant est indiscipliné et crée des troubles, l'enseignant pourra passer le relais à une structure médico-sociale (pédopsychiatre, assistante sociale, pédiatre). »

*Commentaire : Culpabilisation des parents, rôle de policier de la langue joué par les instituteurs, diffusion tous azimuts des informations sur les enfants en difficulté... L'instituteur devient auxiliaire de police.*

Après détection des difficultés, l'enseignant signale le cas aux parents, au maire et au pédopsychiatre. Il se met en place un « comité de coordination, d'aide et de suivi de l'enfant » avec pédopsychiatrie, médecine scolaire, parents d'élèves, maire, directeur du CCAS qui désigne un référent pour l'enfant.

*Commentaire : C'est l'article central sur le rôle d'auxiliaire de police que devraient jouer les instituteurs. La psychiatrie est appelée aussi à sortir de son rôle thérapeutique pour participer au fichage généralisé des enfants. Le secret professionnel est supprimé.*

« Le réseau d'intersecteur de psychiatrie fonctionne bien et pourrait être centralisé au niveau départemental avec la mise en place d'un coordinateur. »

*Commentaire : la psychiatrie devient auxiliaire de police à son tour. Le système se centralise, afin que nul n'échappe.*

Le rapport de Mme Hermange, sénatrice de Paris, remis au Premier ministre et au ministre de l'Intérieur, porte sur « la sécurité des mineurs ». Sur 207 pages, il entretient la confusion entre mineurs en danger et mineurs délinquants. Elle réaffirme les principes de base du secret partagé, de l'échange de l'information, la présence

des travailleurs sociaux dans les commissariats, le rôle prépondérant du maire dans la coordination des acteurs, l'existence de fichiers informatiques et la vidéosurveillance.

Un chapitre précise la nécessité de l'échange d'informations. Pour Mme Hermange, les informations déposées par les usagers des services sociaux sont disponibles.

Puis, tout un catalogue de propositions, dont certaines témoignent de la méconnaissance de la réalité par les rapporteurs. Des vœux pieux, par exemple développer les professionnels de pédopsychiatrie, alors que ce secteur est sinistré tant au niveau des moyens qu'au niveau des professionnels disponibles, créer des « maisons vertes », mais à moyens constants... la multiplication de points d'accueil et d'écoute notamment dans le milieu scolaire. Mais aussi le renforcement du contrôle des familles avec des instances d'intervention précoce dans toutes les structures de la petite enfance ou école qui serait chargée « d'éva-





luer une situation potentielle de danger et proposer une orientation adaptée » et la notion d'un référent « pour chaque famille » pour mieux suivre les mineurs en grande difficulté. On retrouve le projet de formation commune travailleurs sociaux, enseignants et police, les travailleurs sociaux en commissariats, l'instauration du partage des connaissances, la mise en place d'une vidéosurveillance « intelligente » et un référent adulte unique coordonnant les acteurs sociaux et médicaux... dont des « consultants de psychiatrie de proximité ». Responsabilisation et même pénalisation des parents et injonction thérapeutique pour toute dépendance et toute toxicomanie, y compris l'alcool, complètent les propositions.

Si les travailleurs sociaux et les personnels de la prévention spécialisée se sont mobilisés en premier, ce projet et ces rapports, c'est-à-dire cette politique, qui s'inscrit dans la suite des lois sur la Sécurité Intérieure (15/11/2001 – ministère Vaillant), d'Orientation et de Programmation sur la Sécurité Intérieure (29/08/2002), d'Orientation et de Programmation sur la Justice (loi Perben 1, 9/09/2002), sur la Sécurité Intérieure (18/03/2003 – ministère Sarkozy), sur la criminalité organisée (loi Perben 2, 1/10/2004), concernent également les médecins. Notamment la PMI, la santé scolaire et la psychiatrie y sont en première ligne ; mais aussi la quasi-disparition du secret professionnel, incluant le secret médical, ne tardera pas à atteindre l'ensemble du corps médical.

#### Un fichage par collecte de données sensibles

Finissons par un parallèle avec le fichage déjà existant par le biais du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) en psychiatrie et le dossier médical partagé tel qu'il se profile (1) :

Une collecte d'informations nominatives sensibles (données sociodémographiques détaillées et diagnostics psychiatriques) est en cours dans

plus de 200 établissements psychiatriques depuis 2001 et concerne chaque personne consultant au moins une fois par an dans le dispositif de psychiatrie publique. Des fichiers psychiatriques sont déjà constitués dans les établissements.

Le secret, y compris professionnel, est de plus en plus assimilé à la rétention abusive d'information. Le DMP devient alors le modèle de l'information moderne (tout ce qui est collectable et transmissible en temps réel).

En résulte un double leurre : le secret partagé (oxymore d'une transparence généralisée et valorisée) et le consentement de la personne à la transmission tous azimuts de données collectées sur elle, en masquant au passage qu'elle n'a aucun pouvoir réel d'empêcher ou de contrôler ce fichage, et qu'il ne s'agit pas d'entente contractuelle dans un cadre individuel, mais d'objectivation généralisée.

#### Liste du collectif

CFDT-cheminots, CGT, FSU, Sud, Syndicat de la Magistrature (S.M.), Syndicat des avocats de France (S. A. F.), Syndicat National des Médecins de PMI (SNMPMI), Union Syndicale G10 Solidaire, Confédération Nationale du Travail (CNT), Union Syndicale de la Psychiatrie (USP), Coordination des Etudiants du Travail Social, Collectif de Prévention Spécialisée, AC !, Ligue des Droits de l'Homme (LDH), A. P. E. I. S., Collectif pour les Droits des Citoyens face à l'informatisation de l'action sociale, Collectif des formateurs au travail social, Conférence Permanente des Organisations Professionnelles (C. P. O.), 7-8-9-Vers les Etats Généraux du Social.

---

1. Claire Gekiere et Odile Morvan, « Le dossier médical en psychiatrie », *Pratiques* n° 27, octobre 2004, 73-76.

# Où médecine et justice se rencontrent

## L'expertise

Notre société exprime une demande de plus en plus forte à l'égard de l'institution judiciaire qui a la tentation de se défaire à son tour vers d'autres compétences (ainsi l'expertise dite de « crédibilité » en ce qui concerne les victimes qu'aucun texte n'impose, mais qui est devenue quasiment incontournable en matière d'enquête en matière d'agression sexuelle sur les enfants). Il est devenu banal de demander une expertise psychiatrique dans le cadre d'une procédure de séparation parentale, ce qui est étonnant si on n'allègue pas de façon circonstanciée l'existence d'un trouble mental. Il y a dix sept ans, lors de ma première expérience professionnelle de juge des enfants, je résistais souvent à ces demandes d'expertise, aujourd'hui c'est plus difficile, tant la demande est forte.

Pourtant, il n'appartient pas au psychiatre de trancher sur l'opportunité d'un placement, car au-delà de la question de la pathologie du parent ou du dysfonctionnement du lien parental, le juge doit déterminer s'il a suffisamment d'éléments pour caractériser le danger et s'il arrivera à réaliser un placement qui soit bénéfique à l'enfant, ce qui est une autre question.

L'assistance éducative est un domaine où le juge a un pouvoir vertigineux, comme celui de retirer un enfant dès les premiers mois de sa vie par rapport à des dysfonctionnements de la relation mère-enfant : l'influence de l'expert psychiatre dans ce domaine peut être écrasante. Dans ce domaine, c'est moins d'expertise que d'une véritable pluridisciplinarité dont le juge aurait besoin.

La loi a multiplié en matière d'application des peines le recours obligatoire à des expertises en se focalisant d'ailleurs de façon obsessionnelle sur la délinquance sexuelle, comme s'il n'existait pas de problématiques psychiatriques pour d'autres types de criminalité.

Paradoxalement, l'institution judiciaire manque terriblement d'experts du fait notamment de leurs conditions de rémunérations et des contentieux ayant existé avec l'URSSAF il y a quelques années.

S'agissant des jeunes étrangers isolés, la justice recourt à des examens médicaux d'âge osseux, dont les résultats sont aléatoires, puisque selon les experts, certains parlent d'une incertitude entre dix-huit mois et deux ans, voire trois ans.

Il appartient au juge d'assumer ses responsabilités, puisqu'en définitive, la seule certitude scientifique est de dire si un individu a ou non plus de 21 ans.

## La pénalisation de la société

Notre société ne peut admettre que le malheur et l'accident existent ; lorsqu'il y a eu des morts ou des blessés graves, il ne faut pas seulement savoir qui est responsable, mais il faut aussi pouvoir le condamner comme on l'a vu dans l'affaire du sang contaminé. Les hommes politiques contribuent d'ailleurs à dramatiser et à dénaturer des termes juridiques, par exemple quand Sarkozy parle d'assassinat, à propos d'une conductrice téléphonant au volant. On retrouve cette même tendance bien entendu en matière de responsabilité médicale, où bien entendu les enjeux humains sont considérables

Odile Barral

*Juge des enfants,  
déléguée régionale  
du Syndicat de la Magistrature*

Les passeurs de muraille  
Editions Eres, 2004



### Le soin et l'enfermement

S'agissant des mineurs, la pauvreté de la pédopsychiatrie, que ce soit du côté de l'ambulatoire ou de l'hospitalisation, est telle que qu'on vient à imaginer des structures d'enfermement où on mettra du soin : centre fermé, établissement pénitentiaire pour mineurs.

C'est une démarche dangereuse en ce qu'elle tend à amplifier une tendance déjà trop forte dans notre société à la surpénalisation de la délinquance des mineurs ; c'est un des seuls domaines où on parle de tolérance zéro, ce qui n'est pas le cas, par exemple, en matière de délinquance financière.

Cette démarche de pénalisation ne répond en rien aux parcours de ceux qui ne mettent en danger qu'eux-mêmes, notamment les filles, qui sont rarement dans la délinquance et plutôt dans l'autodestruction

Magistrats et psychiatres se débattent dans de tels fossés d'incompréhension qu'il est indispensable de se rencontrer et d'essayer de mettre en place des dispositifs de coordination dans les départements. Cependant, ces démarches ont leurs limites, dans des contextes où d'évidence l'équipement existant ne peut suffire.

### Le soin dans l'enfermement

L'entrée de la médecine de droit commun dans les prisons fait que, dans ce domaine au moins, on peut dire qu'aujourd'hui les détenus bénéficient des mêmes droits qu'à l'extérieur : certains d'entre eux sont plutôt mieux soignés qu'ils ne l'auraient été à l'extérieur. Reste la difficulté du menottage lors des extractions, pour laquelle l'administration pénitentiaire est à l'heure actuelle dans une certaine confusion. Ce qui du coup peut poser problème pour certains examens médicaux.

Reste également la question des moyens d'aide psychologique et psychiatrique : alors que de plus en plus de détenus ont une obligation de soins, les moyens des équipes psychiatriques,

## PRÉVENTION DE LA DÉLINQUANCE



telles que le SMPR (Service médico-psychologique régional) sont des plus limitées.

L'utilisation de ce suivi peut également poser des problèmes, lorsque le juge d'application des peines, par exemple, veut utiliser la fréquence des rendez-vous avec le psy comme critère d'octroi des rééducations de peine. C'est pour cette raison, notamment, qu'il est tellement important d'arriver à de véritables concertations entre tous ceux qui interviennent par rapport au détenu.

Il reste beaucoup à faire pour que médecine et justice puissent collaborer plus positivement, mais dans ce domaine comme dans bien d'autres, seules des rencontres régulières dans le respect de la spécificité de chacun peut permettre de progresser. Ceci implique bien entendu pour nous que l'institution judiciaire ne soit plus seulement dans une logique de productivisme effréné et qu'elle prenne réellement le temps de l'évaluation pluridisciplinaire et approfondie.

Pour l'instant, nous en sommes loin...

**Résumé :** Les prisons pour mineurs sont présentées comme un « nouveau concept », un lieu éducatif disposant de moyens importants, mais la prise en charge des mineurs ayant commis des délits est centrée sur des mesures répressives, sur le pénitentiaire.

# On n'apprend pas la vie en prison

**Pratiques :** Il est prévu la création dans votre région d'une prison pour mineurs en 2006. M. Perben a inauguré à Lavour (81) la maquette de cette « prison école ». Pourriez-vous nous en parler ?

**Marie Lafosse :** C'est dans le cadre de la loi du 2 septembre 2002 concernant le traitement des mineurs délinquants que la création de sept prisons pour mineurs est annoncée. Ces créations font partie de l'augmentation de 50 % de places de prison pour les mineurs sur le territoire national.

Dans notre région, c'est Lavour qui est choisi comme lieu d'implantation. Cet établissement aura une capacité de soixante places pour les adolescents de 13 à 18 ans (son coût est de 13 millions d'euros). L'encadrement est composé de personnel pénitentiaire et de personnel de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), soit 150 personnes. Il est important de resituer ce projet, en outre, dans le contexte local. Actuellement, une dizaine de mineurs sont en prison à la maison d'arrêt de Toulouse Seysses qui a une capacité de quarante places. Faire venir des mineurs des autres régions pose de nombreuses questions : qu'en sera-t-il du droit des détenus sur les parloirs avec leur famille si ces dernières sont à plus de 200 km ? Cette prison est présentée comme un « nouveau concept » basée sur l'école, la culture, et le sport. Un travail étroit avec les familles, une équipe soignante et une collaboration avec les organismes de lutte contre les discriminations raciales...

Si nous pensons important d'améliorer les conditions de détention, pour les mineurs notamment, nous pensons aussi que la détention doit être prononcée à titre exceptionnel et de courte durée. Les adolescents ont principalement besoin d'éducation et les conditions nécessaires au processus éducatif sont incompatibles avec le milieu carcéral.

On assiste à une présentation de forme pour lequel la présence des éducateurs sert d'alibi à une prison qui restera avant tout une prison.

## Comment travaillez-vous actuellement avec ces jeunes ?

Nous travaillons sur plusieurs champs ; la famille, la scolarité, l'état psychologique et les relations avec le judiciaire.

Les jeunes que nous suivons sont le plus souvent en grande difficulté (1300 jeunes en décembre 2003) Ils ont des parcours complexes, émaillés d'échecs et de rejets sous fond de carences affectives. Ils présentent parfois des troubles psychiques, et sont aussi dans une période particulière de l'adolescence au cours de laquelle la confrontation à l'adulte, l'autorité et la loi fait partie d'un processus de maturation de la personnalité.

Nous travaillons au long cours dans un dispositif de prise en charge varié à partir de leur milieu naturel ou de lieu de placement (lieu de vie, foyer, centre professionnel ou établissement de soin).

Ceci suppose donc un travail en collaboration avec la Justice, l'Éducation nationale, les missions locales, la psychiatrie parfois, les associations de

*Entretien avec*  
**Marie Lafosse**

*Secrétaire régionale Midi-Pyrénées du SNPES PJJ-FSU*

**SNPES PJJ FSU**  
54, rue de l'Arbre-Sec,  
75001 Paris  
Tél. : 01 42 60 11 49  
e-mail : snpes.pjj.fsu@wanadoo.fr

## Menottes Light



H.

**DES MENOTTES SANS SUCRE  
POUR ENFERMER LÉGER!**

proximité (club de prévention, services sociaux du secteur). C'est un travail de relations et qui nécessite en outre, d'accepter une prise de risque collective.

Depuis quelques années, confronté à une « culture du résultat » qui envahit le champ des services en général et de l'éducation en particulier, l'ensemble des professionnels est soumis à une urgence de résultats « plus valeur mesurable » qui se traduit par un traitement immédiat de « gommage » des symptômes guidé par l'illusion du risque zéro.

Une piste de travail de Pierre Alecian, psychiatre, proposée en décembre 2001 intervenant auprès de la direction de la PJJ : « ...la référence du cadre de travail

devient le groupe de professionnel et non les murs qui emprisonnent. Ce cadre sera animée d'hypothèses systémiques impliquant la famille et aboutira à des résultats comme l'arrêt de la récidive. »

Pour illustrer ce que peut être l'action éducative, nous pouvons prendre l'exemple d'une adolescente de 14 ans qui s'est faite interpeller pour avoir, le même mois, commis plusieurs agressions sur des passantes ; elle a été placée en détention de nombreux mois et, connu cinq récidives. Pendant quatre ans, nous avons, pas à pas, tenté de reprendre une relation avec elle, de comprendre sa situation et de faire émerger ses émotions, ses désirs, de l'aider à se reconstruire, à se réconcilier avec elle et avec les autres. Ses sorties de détention ont été autant de moments difficiles au cours desquels l'apprentissage de la liberté devait recommencer. Développer un réseau de soutien tant sur le plan psychologique, accès à l'insertion, qu'intervenir pour du soutien à la parentalité ont été nécessaires.

Disponibilité, écoute, accompagnement ont permis de travailler à partir du milieu naturel ou de foyers à l'élaboration d'un maillage social lui permettant d'être accueillie, reconnue et de « réparer » peu à peu son identité (qui suis-je ? d'où je viens ? où puis-je aller ?). Esquisser un projet per-

sonnel à partir d'un projet « professionnel » faisait partie des objectifs à atteindre. Sans cesse modifiés, ils servaient à maintenir une dynamique dans la prise en charge. Les passages à l'acte se sont transformés, d'une violence « gratuite » vers les inconnus, vers des agressions sur les professionnels l'accueillant, puis se sont estompés. Elle s'est appropriée progressivement la loi...

Dans le même temps, la vie intime de cette adolescente s'est développée. La rencontre avec l'autre (garçon) a réveillé d'anciennes souffrances. Aujourd'hui, proche de la majorité, cette jeune se situe plutôt sur le versant de victime de violences « conjugales ». Une nouvelle approche est nécessaire pour « déculpabiliser » la jeune fille qui, comprend le déroulement de sa vie comme une « suite logique de punitions » des actes commis par le passé...

Cette histoire, comme tant d'autres, nous apprend qu'un mineur délinquant est aussi un mineur en danger. Il y a nécessité à ne pas renoncer, à l'éducation et la protection. Garantir à tous qu'ils soient « auteurs » ou « victimes » l'accès aux dispositifs afin qu'ils puisent les ressources leur permettant d'être des adultes réconciliés.

### Les moyens mis dans ce programme pénitentiaire vont-ils annuler vos actions ?

Centrer la prise en charge des mineurs ayant commis des délits à partir de la pénitentiaire et multiplier par huit le nombre de places sur notre région, c'est dire que l'essentiel des moyens sera capté par la mise en œuvre de ces décisions, ne permet pas de penser que les moyens actuels seront garantis et renforcés comme ils devraient l'être.

Les budgets de l'Etat ne sont pas extensibles ; le comptage de l'activité des services au long court se modifie, il se profile assez nettement qu'il s'agit de produire une activité en moins de temps pour orienter plus vite, ...

Très inquiets, nous voulons alerter sur la gravité de ces orientations.

Citoyens, professionnels doivent être informés sur les enjeux de ces orientations répressives et oser réengager le débat. Collectivement, nous pouvons nous opposer !

# A la recherche du risque zéro...

Consciente des économies à réaliser dans le monde des soins et en particulier à l'hôpital... Ebahie par les dépenses colossales engagées pour la conformité, la sécurité, l'hygiénisme et autres dispendieuses mesures sécuritaires... Exaspérée de constater que plus on les protège et moins on s'approche... des patients... qui nous le reprochent... Inquiète d'observer la progression des infections nosocomiales, alors que les infirmières et aides-soignantes n'auront bientôt plus de peau

sur les mains à force de se les laver... Insatisfaite du développement des procédures et protocoles visant à nous mettre à l'abri du risque judiciaire que représente le mécontentement grandissant de nos « consommateurs »... Curieuse de voir l'hôpital, dont on dit à juste titre qu'il est le lieu de tous les dangers pour la santé, développer des pratiques humiliantes comme effectuer des prélèvements dans tous les orifices accessibles de chaque entrant afin de vérifier l'absence (ou prouver la présence...) de bactéries multi résistantes...

Anne Perraut  
Soliveres

*Cadre supérieur infirmier  
de nuit, chercheur en sciences  
de l'éducation*

J'ai imaginé un scénario qui pourrait bien se révéler la seule piste d'une protection sans faille et qui permette de réaliser des économies spectaculaires...

Il est interdit de toucher un malade à mains nues. Protégeons-nous de lui et lui de nous en portant des scaphandres en toutes circonstances... Le plus dangereux est celui qui ne montre aucun signe de contagiosité... Refusons d'accueillir quiconque présente des signes d'infection dans nos hôpitaux aseptisés... Voire attaquons-le en justice pour mise en danger d'autrui... N'acceptons de laisser entrer aucun patient présentant une immunité défaillante... Voire attaquons-le pour prise de risque inconsidérée...

Là seulement nous pourrons espérer diminuer, en même temps que ces infections nosocomiales assommantes, le coût insupportable de la maladie.



Résumé : Le médical et le judiciaire tendent, par leur institutionnalisation même, à contredire leurs fonctions respectives originelles de justice et de soin, autant qu'à intervertir leurs prérogatives en réduisant le sujet de droit à sa biologie et le sujet médical à l'abstraction du dossier. Il est donc nécessaire de les rappeler à leur véritable finalité.

# Institutionnaliser : les devenirs paradoxaux du médical et du juridique

Christiane  
Vollaire

Philosophe

On voudrait penser ici un devenir commun des institutions, qui est leur devenir contre-productif : instituer, c'est affirmer une finalité que le processus même de l'institution tend à nier. En ce sens, on considèrera médecine et justice comme deux paradigmes de ce devenir institutionnel.

Dans les deux cas, en effet, l'intention originelle se présente comme bénéfique : il s'agit de soigner les hommes, il s'agit d'assurer entre eux des relations d'équité. Et aucun de ces deux projets ne peut se réaliser indépendamment d'une organisation institutionnelle. L'institution a donc pour fonction de réaliser au sein du corps social une ambition d'améliorer les conditions, aussi nécessaire aux individus qu'à la communauté.

Mais c'est le devenir institutionnel lui-même qui semble nécessairement aboutir à contredire ses propres objectifs.

## Dynamique et sclérose de l'institution

Toute institution est, dans son origine, essentiellement polémique : elle se crée contre. Contre un devenir naturel des choses, mais aussi contre un état de fait, contre un statu quo. La médecine ne s'invente pas seulement contre la maladie et la mort, elle se réinvente encore, à l'époque d'Hippocrate, contre la magie du religieux, au Moyen Âge contre la sorcellerie, au XIX<sup>e</sup> siècle contre l'abstraction dogmatique et au XX<sup>e</sup> siècle contre l'empirisme clinique. La justice s'invente contre la naturalité du droit du plus fort. Mais elle

se réinvente aussi contre des systèmes sociaux jugés incohérents et générateurs de déséquilibre, contre des réalités sociales inadaptées ou dégénérantes.

On institue d'abord pour lutter contre un phénomène en quelque sorte entropique, pour refonder. Mais cette dynamique de la refondation génère ensuite elle-même une statique de la sclérose, qui la retourne contre son propre objectif, en la mettant au service d'un état de fait ou d'un système de pouvoir en place. En s'inversant ainsi de dynamique en sclérose, l'institution n'inverse pas seulement son processus, mais sa finalité : elle devient le moyen de ce qu'elle prétendait combattre.

Penser la médecine comme institution, ce n'est donc plus la penser comme intention de soigner, mais comme intention de durer. De même, penser la justice comme institution, c'est subordonner en elle l'intention d'égaliser à l'intention de durer. Et vouloir durer, c'est inscrire son action non pas dans une volonté dynamique et critique de déstabilisation, mais, à l'inverse, dans un ordre de pouvoir. L'institution assume ainsi à l'égard de l'ordre social l'ambivalence d'une fonction parentale, génératrice corrélativement de protection et de pouvoir, de bienfaisance et de contrôle absolu. Dans cette perspective, institution médicale et institution judiciaire s'avèrent radicalement indissociables l'une de l'autre, non pas seulement occasionnellement rapportées l'une à l'autre,

mais constitutivement soudées. De telle sorte que leurs domaines d'élection respectifs s'avèrent interchangeables : la médecine devient établissement de preuve, dans le même temps où la justice devient exhibition du corps. Il s'agit moins, pour le médecin, de soigner, que de prouver qu'un soin a été donné ; il s'agit moins, pour le juge, de rendre justice que d'assigner un corps à comparution, à résidence ou à incarcération. Plus le médical devient abstrait, réduit à sa fonction administrative, plus le juridique se concrétise dans la prise de corps.

### Réduction au corps dans l'espace juridique

Une puissante illustration en est donnée dans un article récemment paru de Didier Fassin, intitulé « Le corps exposé. Essai d'économie morale de l'illégitimité ». L'auteur y analyse le contenu des demandes de titres de séjour exigées par l'administration, obligeant le requérant à une véritable exhibition de son intimité corporelle en vue de l'obtention d'un titre juridique, que la réalité politique de sa situation ne lui permet pas d'obtenir : « Qu'une jeune femme haïtienne qui raconte que son père, militant politique, a été exécuté, que sa mère a disparu à la suite d'un probable enlèvement et qu'elle-même a subi un viol collectif, tous éléments qui ne lui valent pas de bénéficier du droit d'asile, finisse par obtenir un titre de séjour pour soins en produisant les examens biologiques qui attestent la séropositivité qu'on vient de lui découvrir (...) pose la question des fondements moraux du gouvernement de ces illégitimes au monde et du type de citoyenneté qu'il produit » (1).

Ce que ce texte montre pour les demandeurs d'asile, et qu'il applique aussi bien aux chômeurs, et plus généralement aux catégories socialement dominées, nous intéresse ici comme modèle de cette perméabilité du médical et du juridique dans la réalité institutionnelle. Il semble qu'on n'entre dans ce paradoxe que là où le droit ne veut avoir affaire qu'à des corps, la médecine, elle ne veuille avoir affaire qu'à des entités abstraites, administrativement déterminées. Fassin montre, en effet, comment l'éthique compassionnelle et

victimaire vient se substituer ici à la reconnaissance du droit. Et l'on comprend de ce fait comment les fondements juridico-politiques du statut de la personne s'effacent au profit des données biologiques de l'individu. Mais précisément, cette réduction au corps dans l'espace juridique ne passe nullement par une authentique reconnaissance du corps dans l'espace médical. Plus s'affirme la biologisation des sujets par l'institution judiciaire, plus se confirme leur abstraction par l'institution médico-hospitalière, et la réduction de leur devenir à une gestion de dossier. Plus le corps est sollicité pour faire preuve, moins il est pris en compte comme support de subjectivité. Et il semble à cet égard que la corrélation entre médical et juridique fonctionne sur le modèle des vases communicants.

### Abstraction médicale et biologisation judiciaire

Si l'utilisation du corps comme source de droit substitue bien une raison humanitaire à la raison politique, elle n'en fait pas pour autant du corps un objet d'attention et de soin : elle en fait au contraire un simple support de dossier. Et en ce sens, l'exemple de la réfugiée haïtienne ne fait pas exception, mais au contraire paradigme, pour comprendre les modalités contemporaines du rapport de l'institution médicale à l'institution judiciaire.

Ce que Foucault appelait la « pathologisation du monde » produit ainsi corrélativement une médicalisation du juridique, et une judiciarisation du médical : c'est le même mouvement qui contraint le chômeur ou le demandeur d'asile à exhiber un corps malade pour obtenir un droit, et le médecin à produire une documentation administrative pour donner la preuve d'un soin. C'est le même mouvement qui réduit le sujet de droit à ses données biologiques, et le sujet malade à son dossier informatique. Et ce mouvement instrumentalise aussi le médecin.

Cette instrumentalisation se fait à trois niveaux différents, qui le placent chaque fois en double position de pouvoir et de subordination, la perversion consistant en ce que c'est dans le moment même où il se sent le plus investi de pouvoir, qu'il est le plus absolument subordonné. Face à l'institution judiciaire, le médecin apparaît d'abord comme un





expert. C'est de sa responsabilité que relève la définition des écarts par rapport à la norme s'il est psychiatre, ou des signes qui peuvent accuser s'il est médecin légiste. Dans tous les cas, à la manière des augures antiques, il est l'interprète d'un certain nombre de phénomènes, décidant d'un statut des signes pour faire sens dans la résolution d'un dilemme. C'est aussi comme gestionnaire du corps et interprète des signes qu'il est appelé à témoigner dans la mise en évidence des maltraitances ou des déviances. Mais, dans tous les cas, la position d'expertise place le médecin dans une position où la fragilité du savoir est corrélative de la puissance institutionnelle, où se creuse le décalage entre l'autorité dont il est investi et l'effectivité de sa compétence. Le médecin auxiliaire de l'institution judiciaire touche à l'un des paradoxes de la responsabilité médicale, qu'elle doit en permanence s'affirmer sur des sujets qui excèdent la réalité de son domaine, et relèvent davantage de l'augure que de la rationalité du savoir. La demande sociale de réquisition du savoir médical est tou-

gnant : la recherche diagnostique, la décision thérapeutique, qui peuvent donner un pouvoir de vie et de mort, tiennent souvent à des intuitions, à des recoupements, à des associations aléatoires dont les simples mesures biologiques ou les repérages de l'imagerie ne peuvent à eux seuls donner la solution. Et le « primum non nocere » est d'autre part renversé par une puissance de nuisance accrue des traitements chimiques autant que des interventions mécaniques. En même temps que se sont réellement accrus les pouvoirs de soigner et de guérir, se sont aussi potentialisés les pouvoirs de nuire, et ont augmenté les possibilités d'erreur, au niveau médical autant qu'au niveau chirurgical. Dès lors, du côté de l'expertise comme du côté du diagnostic ou du traitement, la normalité de la pratique médicale ne cesse de s'exercer aux limites de son domaine d'incompétence.

Et, dans le même temps où les sujets sont réduits à une judiciarisation de leur corps, les médecins sont acculés à une judiciarisation de leurs pratiques, autant dire à assurer à leur marge d'erreur

la couverture d'une justification administrative. Ainsi, le processus d'abstraction dont l'exercice médical est le lieu par l'extension des données numériques liées aux mesures biologiques et à l'imagerie, se potentialise-t-il de la numérisation du patient dans un dossier informatique, qui désormais, comme preuve de soin, se substitue à l'acte de soin, tendant à faire de la relation médecin-patient une relation essentiellement procédurière, l'enjeu d'un soupçon permanent. Désormais, le praticien est saisi lui-même dans l'engrenage de la machine procédurière. Mais un tel saisisse-

### LES LIAISONS DANGEREUSES



jours très au-delà des limites objectives de la compétence du médecin.

#### Domaine d'incompétence et judiciarisation de la médecine

Mais, dans l'exercice même de l'activité médicale au sens strict, ce régime de l'excès est aussi pré-

ment, loin de garantir une amélioration de la qualité ou de l'égalité des soins, contribue au contraire d'une part à creuser les écarts entre ceux qui ont la capacité de financer un procès et ceux qui ne l'ont pas ; d'autre part entre le médecin en position d'accusé potentiel et le patient en position de soupçon.

La judiciarisation de la médecine ne donne paradoxalement aucun droit de regard supplémentaire au patient, et aucun sens des responsabilités supplémentaires au médecin. Tout au contraire, il les place tous deux en position d'adversaires dans un système de biopouvoir dont ils ne sont que les instruments, au sein d'un régime kafkaïen de la procédure et du dossier, dans lequel les intervenants ont perdu de vue la finalité réelle de leur pratique.

### Dénégation des fonctions de justice et de soin dans l'espace carcéral

Autour du rapport institutionnel comme rapport de pouvoir, se noue ainsi incessamment un rapport de peur en même temps qu'un jeu de complicité et de subordination. C'est ce que montre, de façon plus précise encore, le rapport de la médecine aux systèmes punitifs. Il est éloquent que, face aux horreurs de la surpopulation carcérale, aucune voix de la médecine officielle ne s'élève pour en dénoncer ni les inadmissibles conditions d'hygiène, de promiscuité et de développement des pathologies, infectieuses en particulier, mais aussi psychiatriques ; ni les conditions impossibles de traitement et de soin. Ni, en amont, ce qui est à l'origine de telles aberrations : le déficit absolu d'une réelle politique de prévention.

Que la prison, destinée à présenter la peine comme exercice de la justice, soit de fait le lieu emblématique de l'injustice, les seules statistiques de l'origine sociale des prisonniers suffiraient à le prouver. Comme l'écrit Loïc Wacquant à propos des Etats-Unis : « Depuis la crise du ghetto, symbolisée par la grande vague des révoltes urbaines de la décennie 60, c'est la prison qui fait à son tour office de ghetto, en entreposant les fractions du sous-prolétariat noir durablement marginalisées par la transition à l'économie duelle des services et par la politique de retrait social et urbain de l'Etat fédéral. » (2)

Et Gilles Chantraine, dans son ouvrage *Par-delà les murs*, montre que cette injustice est le fait d'une véritable volonté politique : « Les tenants des théories dites de la tolérance zéro, ou, en pratique, de l'intolérance sélective visant à pallier les

dommages collatéraux de l'accentuation des inégalités sociales, ont balayé l'émoi humaniste qui forgeait la critique sociale de la prison, et imposent, petit à petit, un choix de société. Le champ d'action du système pénal et le panel punitif ne cessent de s'étendre et deviennent, plus que jamais, une composante essentielle des sociétés modernes. » (3)

Or cette institution médicale qui n'intervient pas, en tant qu'institution (des médecins peuvent intervenir isolément), pour dénoncer les abus du système pénitentiaire, qui constituent pourtant un vrai problème de santé publique, est pourtant au cœur de cette institution. Mais dans ce cœur même, elle doit renoncer aux prérogatives du soin pour se plier à celles de l'administration pénitentiaire. Ainsi, l'injustice qui constitue l'origine du peuplement carcéral est reconduite et aggravée de la condition sanitaire d'exception qui est celle du prisonnier. Dans ce lieu social le plus susceptible de réduire les sujets à la « vie nue », l'institution médicale ne peut constituer aucun contre-pouvoir ; tout au plus une possibilité de témoignage, mais, dans la plupart des cas, un référent impuissant ou complice.

Du rapport de l'institution médicale à l'institution judiciaire, dont l'institution carcérale est emblématique et non pas seulement auxiliaire, les perversions ne peuvent ainsi être comprises que si on les rapporte à ce qui constitue la finalité originelle de tout acte d'institution : celle de combattre un état antérieur. Mais l'institutionnalisation contemporaine des usages du corps produit au contraire des collusions du médical et du juridique qui, les obligeant à inverser leurs positions respectives, ont conduit aux formes les plus aiguës de désubjectivation. Ce sont ces nouvelles formes qu'il nous appartient, à l'encontre des tendances procédurières qui aggravent les inégalités, de dénoncer et de combattre.



1. In *Le Gouvernement des corps*, dir. Didier Fassin et Dominique Memmi, Ed. Ehes, 2004, p. 262.

2. Loïc Wacquant, *Les Prisons de la misère*, Ed. Raisons d'agir, 1999, p. 92.

3. Gilles Chantraine, *Par-delà les murs*, PUF, 2004, p. 2.

Résumé : L'usage et la possession de cannabis, substance classée parmi les stupéfiants dans les conventions internationales, sont punis de façon très variable selon les pays européens. Aux Pays-Bas, la tolérance permettant la vente jusqu'à 5 g de cannabis dans les coffee shops coexiste avec une jeunesse néerlandaise très faible consommatrice au niveau européen. En France se pose le problème de l'interface entre santé et justice et l'absence d'une réelle politique de prévention.

# Le cannabis entre judiciaire et sanitaire

Nicole Maestracci

*Présidente du tribunal de grande instance de Melun, ancienne responsable de la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) aux Journées du 21 octobre 2004 sur CANNABIS (ARÈS92, Ressources, FéDIA 92)*

Jusqu'en 1970, les drogues n'étaient repérées ni comme un problème social, ni comme un problème sanitaire majeur, de sorte que l'adoption d'une politique spécifique n'était pas apparue urgente. Les seuls objectifs du contrôle étaient économiques, dans le cadre de rapports de force internationaux complexes (commerce de l'opium). Ce n'est qu'à partir de 1960 que les conventions internationales définissent la prohibition des produits jugés dangereux tout en encadrant le commerce et l'usage de certains produits utilisés comme médicaments. Le cannabis est classé par les conventions internationales comme produit stupéfiant, de sorte que tous les pays qui ont ratifié cette convention sont obligés de le classer comme stupéfiant. La marge de manœuvre législative de chaque pays est étroite. Les conventions ne les obligent pas à sanctionner l'usage de stupéfiants. Ils sont en revanche contraints de sanctionner pénalement le fait de détenir du produit même en faible quantité.

En France, la loi de 1970 va plus loin que les exigences des conventions qu'elle a signées, puisque non seulement elle sanctionne l'usage, mais encore elle le sanctionne d'une peine qui peut aller jusqu'à un an d'emprisonnement. Si la loi de 1970 a souvent été modifiée dans le sens de l'aggravation des peines pour trafic, aucun

gouvernement n'a voulu toucher à la législation relative à l'usage. Il faut cependant rappeler qu'en France, le système en vigueur est le principe de l'opportunité des poursuites, c'est-à-dire que le procureur est libre de ne pas poursuivre s'il considère que ce n'est pas opportun ou de choisir d'autres voies que celle de la comparution devant le tribunal, par exemple le classement de la procédure sous condition de rencontre avec une structure de soins. De même, la loi fixe des peines maximum, mais pas de peine minimum, de sorte que les juges sont libres du choix de la peine qu'ils doivent adapter à la situation individuelle de chaque prévenu. C'est ainsi que même si la prison est possible pour les simples usagers, elle est rarement prononcée (90 000 personnes sont interpellées chaque année pour usage de stupéfiants et 200 personnes sont incarcérées un jour donné pour le seul délit d'usage de stupéfiants). Si tous les pays ont aujourd'hui des lois similaires affirmant l'interdiction du cannabis et des autres stupéfiants, l'application des lois dépend de l'état de tolérance de la société. Par exemple, aux Pays-Bas, la possibilité de vendre dans les coffee shops une quantité qui peut aller jusqu'à 5 g de cannabis n'est pas inscrite dans la loi. Il s'agit d'une tolérance dont l'objectif était de séparer le commer-

ce du cannabis de celui des autres drogues, ce qui a réussi dans un premier temps, même si le bilan est mitigé. Dans tous les cas, la consommation de cannabis des jeunes néerlandais est une des plus faibles d'Europe... Beaucoup de pays distinguent également les sanctions selon les produits et prévoient un régime moins sévère pour le cannabis que pour les autres drogues. C'est notamment le cas du Royaume-Uni et des Pays-Bas, mais ce n'est pas le cas en France. Enfin, certains pays (Espagne, Portugal, Italie) ne prévoient plus de sanction pénale pour l'usage en public, mais seulement des sanctions administratives qui sont l'équivalent de nos contraventions. Cela dit, les politiques des pays européens sont relativement comparables, avec les caractéristiques essentielles suivantes : priorité à la prévention, au soin et à l'éducation pour les simples usagers, articulation entre justice et santé, priorité donnée à la santé publique, répression sévère du trafic, mise en place de mesures de réduction des risques pour les usagers problématiques, approche qui tient compte de la polyconsommation de produits illicites (cannabis) et licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes) aussi bien pour les soins que pour la prévention.

Même si la loi devait changer et ne plus incriminer l'usage, il reste que la frontière entre usage et détention est particulièrement floue. En Allemagne, la Cour suprême a défini un seuil en dessous duquel la quantité est présumée pour la consommation personnelle avec une marge d'appréciation du juge qui reste forte. Mais on ne peut pas opposer les pays tolérants et non tolérants du point de vue des résultats : la Suède et les Pays-Bas ont de bons résultats en termes de santé publique, alors qu'ils se situent aux deux extrêmes de l'échiquier de la tolérance. C'est sans doute parce qu'il s'agit de deux pays qui ont une forte culture de prévention. En France, les 90 000 interpellations annuelles pour infraction à la loi sur les stupéfiants concernent à 80 % l'usage, dont 90 % l'usage de cannabis.

Ce qui ne mesure pas seulement la réalité de la consommation, mais aussi l'activité de la police à un certain moment. Ce chiffre est constant depuis quelques années, après avoir augmenté à partir de 1990. L'interpellation pour usage de cannabis mène dans huit cas sur dix à un rappel à la loi par un délégué du procureur et à une rencontre avec une structure de soins. Dans deux cas sur dix, une peine est prononcée, mais il s'agit le plus souvent d'une peine d'amende ou de travail d'intérêt général. En pratique, l'injonction thérapeutique prévue par la loi de 1970 ne s'applique qu'aux usagers très dépendants. Le dispositif est très cloisonné. Les problèmes des jeunes ne se résument pas à leur consommation de cannabis. Cette consommation a beaucoup augmenté dans les pays européens depuis 1990, elle se stabilise actuellement alors que la consommation d'alcool augmente chez les jeunes. Ni les policiers ni les magistrats ne sont suffisamment informés ni préparés à individualiser la prise en charge. Pour que la politique suivie soit comprise par les jeunes, il faut qu'elle rende compte de la diversité des situations de consommation en distinguant usage, abus et dépendance et de la complexité des questions posées. Les pays qui ont réussi sont ceux qui ont réussi à trouver un consensus au-delà des alternances politiques. L'expérience d'autres pays européens montre qu'il faut au moins dix ans pour mettre en œuvre une réelle politique de prévention et de santé publique au-delà des annonces médiatiques. Par exemple, le problème de l'interface entre le judiciaire et le sanitaire n'est pas réglé. C'est parfois le système judiciaire qui conduit par défaut une politique de santé publique en repérant avant l'autorité sanitaire, au moment de l'interpellation, les consommateurs problématiques de produits... C'est le même problème avec le cannabis, l'alcool, l'héroïne ou la cocaïne. Il existe en France un net déficit en termes de prévention et de repérage. Et cela ne peut pas se régler seulement par la loi.



# Soignants et magistrats soumis à la question

**Patrice Muller**

*Syndicat  
de la Médecine Générale*

La justice prend en charge les violences des individus, la médecine leurs souffrances physiques et psychiques. Nos deux institutions fonctionnent sur des paradigmes qu'il nous paraît intéressant de mettre en parallèle.

**Patrice Muller**

L'appareil judiciaire est fait pour débusquer, juger et punir l'individu qui commet des violences, le système de soins, lui, dépiste, diagnostique et traite la personne malade. Les deux institutions sont affectées d'un dysfonctionnement majeur : n'est pas prise en compte dans les dynamiques de l'une et l'autre la mission pourtant essentielle de la prévention. Développer les moyens pour garder ou recouvrer la santé d'une part et faire en sorte que les gens aient moins envie de passer dans le registre de la violence de l'autre. En médecine, nous disons même qu'un certain nombre de règles institutionnelles jouent carrément contre la prévention : le paiement à l'acte en médecine libérale, les modalités de financement des structures de soins, la mauvaise interface Assurance maladie/Etat, la non prise en compte dans les métiers des soignants d'un temps de travail pour mettre en application avec les usagers des stratégies de prévention.

Peut-on faire sur ces points des parallèles dans l'institution judiciaire et quels sont les facteurs intrinsèques à l'institution participant de ce blocage ?

**Odile Barral**

L'institution judiciaire n'a pas pour mission de faire de la prévention, au moins au sens courant du terme, en parlant de prévention primaire ; lorsque les gens font appel à la justice, que ce soit dans le domaine civil ou pénal, c'est qu'ailleurs d'autres modes de règlement des conflits n'ont pas fonctionné. Nous avons la conviction très forte que les juges ne peuvent pas tout résoudre et qu'il est important de favoriser l'existence

d'autres lieux. Aujourd'hui, au contraire, du fait de la judiciarisation croissante de la société et notamment de la pénalisation, on veut avoir recours de plus en plus vite au juge, et on est plutôt logiquement très déçu de la réponse. Le fameux discours de la « tolérance zéro » en matière de délinquance des mineurs, par exemple, fait qu'on s'épuise à vouloir à tout prix donner une réponse à tout acte de délinquance des mineurs et que, du coup, l'institution est embouteillée, faute d'avoir perdu d'autres formes de « rappel à la loi ». Un exemple à peine caricatural donné par un sociologue : autrefois, une bagarre dans une cour de récréation était stoppée éventuellement par deux gifles de l'enseignant ; aujourd'hui ce serait un « incident majeur » signalé comme tel au parquet des mineurs.

Bien entendu, la justice ne doit pas se désintéresser d'un autre stade de prévention, celui de la récidive : par rapport au prononcé d'une peine, il vaudrait évidemment mieux prononcer des peines susceptibles de favoriser la réinsertion ou l'insertion de l'intéressé, comme le sursis avec mise à l'épreuve. Malheureusement, la volonté de donner des réponses visibles et rapides conduit à privilégier des modes de procédure, comme la comparution immédiate, qui à 80 % se terminent en prison, réponse en général inefficace pour ce qui est d'éviter la récidive, mais plus visible.

Dans bon nombre de cas, mieux vaut, même quand on prononce une peine de prison, prendre le temps de rechercher une solution d'aménagement pour permettre à la personne de poursuivre sa formation, de se soigner, de travailler, etc. Mais aux yeux des policiers, de la presse et donc de

l'opinion publique, la seule réponse valable est l'incarcération immédiate, ainsi que le montrent les phases assassines des services d'enquête : « on les arrête pour qu'on les relâche ».

#### Patrice Muller

La médecine est de plus en plus pénétrée par la logique néo-libérale : les dépenses pour se soigner sont de moins en moins socialisées, ce qui nécessite un recours de plus en plus important à l'assurance complémentaire individuelle pour ceux qui en ont les moyens, les plus démunis restant sur le carreau et, par ailleurs, on incite les professionnels de soins à dépasser les honoraires conventionnels pour augmenter leurs revenus. Quid dans l'accès et le fonctionnement de la justice de ce point de vue ?

#### Odile Barral

La justice a toujours été un lieu reproduisant à l'extrême les inégalités sociales : la professionnalisation de la magistrature (autrefois un corps de notables à peine rémunérés), le développement de l'aide juridictionnelle a plutôt accru à mon avis les garanties de plus démunis. La France se situe honorablement par rapport aux autres pays d'Europe du point de vue de l'aide juridictionnelle et des droits des justiciables, mais il demeure une difficulté énorme pour que les plus démunis les exercent : les gens sont dans une telle ignorance et peur de l'institution qu'ils sont dans une démarche de fuite. Le plus gros problème des audiences d'expulsion de logement sont souvent que les gens ne se présentent pas, comme dans les audiences correctionnelles.

Face à cette attitude, on peut le cas échéant faire le choix de reconvoquer les gens, d'écrire pour insister (comme cela peut se faire en assistance éducative devant le juge des enfants) ou au contraire « évacuer » l'affaire le plus vite possible. La logique institutionnelle actuelle qui privilégie les chiffres va indiscutablement vers cette seconde solution.

Dans une juridiction cohabitent des types d'audiences bien différentes : l'audience civile où passeront cinq ou six affaires parfois longuement plaidées, où on rédigera longuement des arguments sur des intérêts pécuniaires importants ; dans la salle d'à côté, on décidera en

quelques minutes d'envoyer quelqu'un en prison, pour des années parfois, dans un jugement type. Quels que soient les efforts individuels des magistrats pour faire évoluer cela, toute la logique institutionnelle va en ce sens.

#### Patrice Muller

Vouloir aller du soin vers le paradigme de la santé suppose que la médecine sorte du cadre du colloque singulier classique soignant/soigné, où une personne passe d'un soignant à l'autre ou d'une structure à l'autre sans véritable concertation préalable centrée sur la problématique de la personne. L'enjeu aujourd'hui pour nous est d'aller vers des pratiques où les professionnels du soin et du secteur sanitaire puissent travailler dans des collaborations transversales locales avec des associations d'usagers sur telle ou telle problématique de santé intéressant un quartier, un bassin de vie ou une entreprise. Existe-il une démarche du même ordre dans le judiciaire ?

#### Odile Barral

Sous l'impulsion des premiers gouvernements de gauche, l'institution judiciaire a fait des réels efforts pour sortir de sa tour d'ivoire et participer à la politique de la ville, par exemple ; par fonction, les juges des enfants et les juges d'application des peines sont souvent dans des logiques partenariales assez développées.

Depuis plusieurs années, nous arrivons à des questions difficiles qu'ont réactivés encore les projets Villepin et Sarkozy : un juge des enfants doit-il, par exemple, participer à des groupes de travail pluridisciplinaires, où on « cible » des mineurs particulièrement casse-pied ? S'il n'y participe pas, comment faire comprendre son point de vue ? La justice se doit tout à la fois de rechercher des partenariats et de rester fidèle à sa mission qui est de raisonner au cas par cas, et dossier par dossier et non de se fondre dans une gestion administrative des populations ; la question n'est pas toujours facile à résoudre.

#### Patrice Muller

Une des difficultés posée dans la question précédente réside dans la méconnaissance généralisée





des enjeux par les usagers qui découvrent souvent les méfaits des réformes trop tardivement pour agir de façon citoyenne, à un moment où, par exemple, ils constatent le mauvais remboursement des soins sur leur feuille de Sécu. Nous manquons cruellement de lieux de débats, d'information, de concertation où les trois principaux acteurs concernés que sont les soignants, les usagers et les gestionnaires de l'Assurance maladie et de l'Etat pourraient se rencontrer à terme régulier pour faire le point de la situation locale ou régionale pour ce qui est des problèmes de santé ou d'accès aux soins. Et pour vous ?

#### Odile Barral

Les usagers de la justice ignorent massivement tout de l'institution judiciaire, même lorsqu'ils

ont fait des études et ont une profession qualifiée. Il existe un véritable déficit de formation à cet égard du côté de l'école. L'accumulation incessante de réformes ne facilite évidemment pas la compréhension.

Par ailleurs, certains aspects de l'activité judiciaire sont devenus de tels enjeux, que chaque gouvernement se sent tenu de légiférer dans ce domaine : sur le plan pénal, c'est tout simplement de la folie, techniquement parlant, une institution déjà exsangue s'épuise à suivre un tel rythme : changement d'imprimés, de logiciels, formation des magistrats...

En général, la concertation avec les professionnels est quasiment inexistante : quant au point de vue des justiciables, il est encore bien peu pris en compte.

# Nous avons lu pour vous

Odile Barral, *Les passeurs de murailles*, éd. Erès.

Odile Barral nous livre huit histoires de vie de « passeurs de murailles », car la prison ne concerne pas que les détenus, mais aussi ceux qui vivent autour : femme de détenu et ses interminables allers-retours, ses attentes, ses humiliations, ses amours impossibles ; enfant d'un père dont il ne peut pas parler, tendresse inaccessible ; surveillant ; travailleur social ou visiteur de prison.

Tout au long de ces récits, des jugements sont rendus, des peines prononcées et au carrefour de ces expériences humaines, le juge Vermorel, le « JAP », juge de l'application des peines, fait le lien, tenant compte de ces réalités humaines, car dit-il « on n'arrive pas en prison tout à fait par hasard » et parce que « l'enfer commence dehors parfois ».

Ce livre nous laisse entrevoir une justice différente de celle qui enfonce encore plus ceux qui y sont tombés, une justice plus soignante, plus aidante.

C'est un livre de petit format, mais d'une grande force.

Odile Barral a été juge de l'application des peines. Le JAP était alors le pivot d'une équipe pluridisciplinaire, mais ce travail évolue maintenant vers une logique de cloisonnement.

Evelyne Malaterre

# E D I T O

## **Le Déficit vous dis-je !**

**Les rapports sur la Sécu se suivent et se ressemblent. Celui de la Cour des comptes publié à la mi-septembre ne fait pas exception. Entrée par le déficit, constat qu'il n'y a pas de lien entre progression des dépenses et état de santé de la population, appel à la responsabilisation des acteurs.**

**Le déficit est sans doute la plus mauvaise entrée possible. Un déficit résulte de la combinaison de l'évolution de recettes et de dépenses. Du côté des recettes se trouvent posées les questions de l'évolution de la richesse nationale et de son partage. Du côté des dépenses se combinent l'évolution des dépenses hospitalières, de médicaments, de médecine de ville, chacune répondant à des déterminants multiples. Mettre en avant des préoccupations ce déficit, par nature complexe, c'est prioriser la question du « combien ça coûte ? » avant les questions aussi importantes de « à quoi ça sert ? » et « comment ça fonctionne ? ».**

**Le constat de l'absence de lien entre l'évolution de la dépense et l'état de santé permet-elle d'aller vers la question de « à quoi ça sert » ? Non. Dans nos sociétés, l'état de santé de la population mesuré par les outils à notre disposition est bien plus déterminé par les conditions de vie, de logement et de travail que par les soins. Les soins ont beaucoup à voir avec la douleur, l'inquiétude et l'angoisse, toutes choses que l'on a le plus grand mal à mesurer.**

**L'appel à la responsabilisation des acteurs est vain dans ce pays où la question de l'organisation collective du système de soins n'est tout simplement pas posée. Deux tiers de la dépense de soins sont consacrés à 10 % de la population. La dépense de ces gros malades n'est déterminée ni par eux ni par le comportement d'un acteur repérable. Elle résulte du fonctionnement d'un système dont la principale dépense est une dépense de revenu. La France est le pays d'Europe où la proportion de spécialistes dans la médecine de ville est la plus élevée. Cette répartition est aberrante si l'on prend en compte la réalité des problèmes de santé à prendre en charge. Elle est largement le résultat d'écarts de revenus sur lesquels personne, nulle part ne débat. Poser la question de l'évolution des dépenses en terme de responsabilité individuelle et non en terme d'organisation collective est donc une impasse.**

**Les systèmes de soins ne sont pas des appareils techniques ; ce sont des constructions dont les dimensions culturelles et historiques sont fortes. Nos politiques n'ont ni réflexions ni objectifs à moyen et long terme en matière d'organisation du système de soins. Ils n'ont que des objectifs financiers à court terme. Le Déficit vous dis-je ! Quand aurons-nous la volonté de sortir de cet enfermement ?**

**Pierre Volovitch, chercheur à l'IRES**

La stigmatisation des étrangers sans papiers et leur exclusion du droit fondamental à la santé se sont aggravées cet été avec la parution de deux décrets restreignant l'accès à l'Aide Médicale Etat. Une centaine d'organisations d'origines diverses et représentant de très nombreux citoyens sont mobilisées et ont signé l'appel : « Sans-Papiers : non à l'exclusion des soins ».

Des hommes, des femmes et des enfants sont morts ces dernières semaines du fait de leurs conditions de logement précaires ; depuis des années, ces logements sont responsables d'atteintes à la santé de leurs habitants (pathologies respiratoires, digestives, saturnisme, troubles psychiques...). Ce n'est pas une fatalité, la politique du logement doit changer avec la mise à disposition de chaque citoyen et de chaque famille de logements corrects et adaptés. Le Syndicat de la Médecine Générale participe à cette mobilisation collective.

## Sans-papiers : non à l'exclusion des soins

---

### Communiqué de presse du 25 août 2005 : appel collectif

Deux décrets viennent de durcir l'accès aux soins des étrangers sans titre de séjour.

L'Aide Médicale Etat (AME) est destinée aux personnes vivant en France, qui sont exclues de la couverture maladie dite universelle et dont les ressources sont inférieures à un plafond de 576 € par mois. L'accès aux soins des étrangers sans titre de séjour dépend de l'AME. Depuis décembre 2002, le gouvernement n'a cessé de remettre en cause le dispositif d'AME par voie législative : le droit à l'admission immédiate à l'AME même dans les cas où « la situation l'exige » a été supprimé, et il est devenu obligatoire de justifier de trois mois de présence ininterrompue sur le territoire pour obtenir l'AME.

L'application de ces mesures représentait déjà un frein majeur pour l'accès aux soins avec des conséquences sanitaires lourdes : aggravation des pathologies par retard de prise en charge aboutissant à des hospitalisations en urgence sans possibilité de poursuite de soins, car l'hospitalisation n'ouvre plus droit à l'AME, absence de toute politique de prévention au niveau de cette population déjà fragilisée par ses conditions de vie, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

En 2004, des projets de circulaire et de décrets préparaient un nouveau durcissement des modalités d'accès. Sous la pression de nombreuses associations et syndicats, ces projets ont pu être mis en échec. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) (1) avait elle-même émis un avis défavorable en février 2004, estimant que les projets du gouvernement compromettaient « l'accès aux soins » des personnes concernées et contrevenaient « aux exigences élémentaires de santé publique et de sécurité sanitaire... ».

Profitant de l'été, le gouvernement vient de publier deux décrets reprenant presque mot pour mot les dispositions rejetées l'année dernière par la CNAM et les associations (J.O. du 29 juillet 2005), supprimant ainsi le principe déclaratif, un principe de base de l'aide sociale depuis plus d'un demi-siècle, principe qui permettait à des personnes en situation de besoin de justifier par déclaration écrite de leur identité ou de leurs ressources et ainsi d'accéder à des droits fondamentaux, même s'ils n'ont pas ou n'ont plus avec eux de papiers.

Avec ces décrets au contraire, le demandeur doit justifier, à l'aide de papiers parfois très difficiles à obtenir ou très onéreux, de sa présence ininterrompue depuis trois mois sur le territoire français,

---

1. Le Conseil de la CNAMTS, dans un communiqué du 6 septembre 2005, vient de rappeler et confirmer l'avis défavorable qu'elle avait émis sur ces décrets en avril 2004 et dont le gouvernement n'a pas tenu compte.

de toutes ses ressources, auxquelles il est prévu d'ajouter les avantages en nature que représenterait un logement occupé à titre gratuit, ce qui revient à surévaluer les ressources du demandeur. Il est également prévu de faire assumer les prestations, normalement prises en charge par l'AME, par les personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard du demandeur...

Ces deux décrets viennent renforcer la politique gouvernementale qui, actuellement, vise particulièrement les étrangers sans titre de séjour (arrestations, rétentions, expulsions par charters). Le gouvernement fait de ces étrangers, déjà victimes de nombreuses exclusions, des boucs émissaires, en les accusant de fraudes, sans aucune preuve, et en les dissuadant de faire valoir leur droit aux soins.

Seule une prise en charge à 100 % des soins par l'Assurance maladie solidaire et obligatoire pourrait garantir un égal accès aux soins pour tous. Il nous faut nous mobiliser car :

- le gouvernement a encore sous le coude un décret qui permettrait la mise en application de la loi votée en 2002 mettant fin à la gratuité des soins pour les bénéficiaires de l'AME ;
- la réforme de l'Assurance maladie votée il y a un an par le Parlement organise une baisse de la couverture par l'Assurance maladie solidaire et obligatoire, ouvre de ce fait la porte aux assurances privées et aggrave les inégalités d'accès aux soins.

Mobilisons-nous pour l'accès aux soins pour tous

## **Incendies en série. Ce n'est pas une fatalité !**

### **Communiqué de presse du 1<sup>er</sup> septembre 2005 : appel collectif**

A Paris, 26 morts rue de Provence, 2 morts rue de Pixéricourt, 17 morts boulevard Vincent Auriol, 7 morts rue du Roi Doré, 36 enfants décédés au total et des dizaines de blessés graves...

Les organisations signataires, réunies le 29 août à Paris, se recueillent devant les victimes des incendies qui viennent de se produire coup sur coup. Elles assurent les familles sinistrées de leur totale solidarité. La communauté africaine et immigrée est durement frappée. Une peur légitime s'empare de tous les ménages modestes, immigrés, précaires, sans-papiers, qui vivent dans ces brasiers en puissance : taudis, bidonvilles, foyers, logements surpeuplés, hôtels meublés...

Nous n'admettrons pas que « l'inventaire » de ces lieux soit le prétexte à amplifier les expulsions.

Ces drames révèlent la situation catastrophique du logement qui perdure depuis des années. Celle-ci s'aggrave de jour en jour avec les mesures du gouvernement actuel.

L'inadmissible est dépassé, il faut des mesures d'urgence et une toute autre politique du logement à Paris, en Ile-de-France et dans tout le pays.

Il faut construire des logements sociaux en quantité et qualité pour satisfaire les besoins de toutes les familles. Les organisations signataires ont appelé à manifester samedi 3 septembre 2005 à 15 h 30, métro Quai de la gare.

#### **Nous exigeons :**

- des mesures d'urgence et de relogement de toutes les personnes sinistrées et menacées, dans de vrais logements aux normes et décents ;
- des mesures de protections immédiates pour les résidents en attendant leur relogement ;
- l'arrêt immédiat des expulsions locatives ;
- la construction accélérée et massive de logements sociaux pour répondre aux besoins des 345 000 demandeurs d'Ile-de-France ;
- la réquisition et la réhabilitation des logements vides, des logements sociaux viables promis à la démolition.

Nous exigeons une table ronde réunissant Etat, villes, associations, syndicats, constructeurs sociaux...

Observatoire des Méfaits de la Réforme  
du Système de Santé



**V**ous êtes un utilisateur du système de santé et vous êtes en difficulté pour vous faire soigner, ou bien vous êtes le témoin d'une situation d'inaccessibilité aux soins. Vous êtes acteurs de santé, et vous intervenez dans la relation d'aide auprès d'un public divers. Vous êtes désarmés face aux difficultés d'accès aux soins.

Vous pouvez facilement participer au recensement des inégalités et témoigner. Pour cela, il vous suffit de remplir un constat des méfaits de la réforme.

Les dimensions dans lesquelles la réforme va dégrader l'accès aux soins et renforcer les inégalités sont très nombreuses. Sans négliger aucune de ces dimensions, nous avons décidé de cibler cinq d'entre elles :

– les restrictions des prises en charge au titre des ALD,

– les restrictions dans le domaine des arrêts de travail,

– les difficultés d'accès aux soins liés aux dépassements d'honoraires ou aux refus de soins ;

– la réalité des délais d'attente pour le patient ayant choisi le parcours de soins,

– les difficultés d'accès aux assurances complémentaires ou mutuelles.

# L'Observatoire des Méfaits de la Réforme du système de santé

Il est également important pour nous de recenser, sur le plan local et régional, les associations et les professionnels sensibilisés aux problèmes d'accès aux soins, pour établir un réseau d'entraide : pour cela, vous pourrez laisser vos coordonnées que nous tâcherons de rendre disponibles à tous sur le Net.

Les informations recueillies, anonymes, seront traitées de façon statistique de manière à mettre en relief l'ampleur des dégâts de la réforme de l'Assurance maladie en matière d'accès aux soins et également rendus publiques.

La participation de toutes et de tous est rendue possible grâce à cet Observatoire des Méfaits de la Réforme du système de santé qui verra officiellement le jour dans quelques semaines sous l'égide d'Attac et d'autres associations. Le descriptif du dispositif et les renseignements pratiques sont d'ores et déjà disponibles sur notre site Internet : [www.smg-pratiques.info](http://www.smg-pratiques.info).

## Du côté des amis

✓ L'assemblée générale de la Promindep (Association pour la promotion de l'indépendance de la formation des professionnels de santé) a eu lieu le samedi 1<sup>er</sup> octobre 2005. L'association créée début juin comprend à ce jour 58 membres et a pour objectif de soutenir financièrement les actions du Formindep (collectif de professionnels de santé et de patients qui veulent défendre une formation médicale indépendante au seul profit des professionnels de santé et des patients).

Sous l'impulsion de Philippe Foucras, le Formindep entend se structurer pour mettre en œuvre de nouvelles actions de défense et de promotion de l'indépendance de la formation médicale. La 1<sup>re</sup> journée du Formindep qui a fait suite à l'assemblée générale aura été l'occasion d'en décider. La Promindep se veut être une association « légère » dans son fonctionnement et réactive dans ses réponses aux sollicitations du Formindep.

Soutenez le FORMINDEP en adhérant à la PROMINDEP !

Pour tout renseignement :  
[formindep@formindep.org](mailto:formindep@formindep.org)  
<http://formindep.org>

**Résumé : L'« aide à la mutualisation » va-t-elle permettre aux plus fragiles d'accéder aux soins grâce aux complémentaires ? Rien n'est moins sûr. Le dernier rapport sur la CMU nous confirme que les complémentaires refusent déjà de prendre en charge le « mauvais risque ».**

Pierre Volovitch

*Chercheur à l'Institut de recherches économiques et sociales (Ires)*

La réforme de l'Assurance maladie, qui est en train de se mettre en place, est directement construite sur l'architecture proposée dès 2003 par le rapport Chadelat. Une part des dépenses de soins sera prise en charge par les régimes de base de Sécurité sociale, une part par les organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, assurance commerciales), une part restera à la charge des ménages. Le rapport ne dit pas quelle part sera prise en charge par les uns et les autres, c'est pourtant la question centrale.

La mise en place d'un forfait d'1 € par consultation et la hausse du forfait hospitalier, les possibilités de dépassements largement ouvertes aux médecins par la convention de janvier 2005, le fait que le principal poste d'économie prévu soit la restriction du champ de prise en charge des affections de longue durée (ALD)... tous les éléments connus de la réforme vont dans le sens d'un retrait des régimes de base

et d'un transfert de dépenses vers les organismes complémentaires et les ménages.

Ce retrait des régimes de base est évidemment gros d'une aggravation des inégalités d'accès

aux soins. Pour répondre à cette critique, le rapport Chadelat, repris par la réforme, propose une extension, à tous, de la couverture complémentaire. L'aide à la mutualisation mise en place par la réforme (le plat qu'on nous sert) est très en retrait de l'aide que proposait le rapport Chadelat (le menu qu'on vous propose). Elle a la forme d'une prise en charge, par la collectivité, d'une partie de la cotisation complémentaire pour les personnes dont le revenu est supérieur au seuil CMU et inférieur à ce seuil augmenté de 15 %. Deux millions de personnes sont théoriquement concernées. Cette prise en charge est modulée par âge : 75 € pour les moins de 25 ans, 150 € pour les 25-59 ans, 250 € pour les plus de 60 ans. Les tarifs pratiqués par les complémentaires sont libres. Le « qui bénéficieront de cette aide » n'est pas défini.

Quel va être le comportement des complémentaires ? On n'a pas la réponse, mais les données fournies par la CMU sont pleines d'enseignement.

Le point commun de la CMU avec la réforme, c'est que, le constat étant réalisé que les plus pauvres ne pouvaient avoir accès aux soins avec la seule couverture de base, le choix a été fait, non d'améliorer cette couverture de base, mais au contraire de la maintenir à ce niveau insuffisant et de la compléter par une couverture complémentaire. La différence entre la CMU et la question de la complémentaire dans la réforme c'est que, pour les bénéficiaires de la CMU, la couverture complémentaire est gratuite.

L'habillage de la CMU consistait à dire que la mise en place de la CMU allait permettre aux bénéficiaires d'accéder « aux droits de tous ». Ils allaient donc pouvoir choisir leur couverture complémentaire. Mais comme il était clair que la partie la plus désocialisée des bénéficiaires auraient du mal à faire ce choix, on a conservé la possibilité, qui devait ne concerner qu'une petite minorité

## Le « mauvais risque »

Ce que la CMU nous apprend sur la réforme de l'Assurance maladie

*IRES  
16, boulevard du Mont-d'Est  
93142 Noisy-le-Grand Cedex  
pierre.volovitch@ires-fr.org*

de bénéficiaires, de faire assurer cette couverture complémentaire par les régimes de base. Les complémentaires participaient au financement de la couverture CMU sous la forme d'une taxe sur leur chiffre d'affaires et avaient la possibilité de bénéficier de réductions de cette participation au prorata du nombre de bénéficiaires CMU qui s'inscrivaient chez elles (1).

Plus de quatre ans après la mise en place de la CMU que savons-nous des effets de ce montage ?

– Les bénéficiaires ont très massivement, plus des quatre cinquièmes : 87 %, choisis de faire assurer leur couverture complémentaire par un des trois régimes de base. Implicitement, ils ont fait le choix d'un renforcement de la couverture de base plutôt que d'un système à deux étages.

– Ils ont bien fait de faire ce choix, car dans le même temps, les complémentaires ont fait le choix de ne pas prendre en charge les bénéficiaires de la CMU. Chaque fois que pour un organisme complémentaire, la « déduction » proposée est apparue inférieure au coût réel de prise en charge des bénéficiaires, l'organisme a fait le choix de sortir du dispositif (il continue de payer la taxe, mais ne prend plus directement en charge de bénéficiaire). Alors que 48,9 % des organismes complémentaires prenaient en charge des bénéficiaires de la CMU début 2001, ce taux est tombé à 26 % début 2005.

– La conséquence de ce retrait massif est que les organismes complémentaires ont, de fait, sélectionné le risque. Alors que le coût moyen de la couverture complémentaire d'un bénéficiaire relevant d'une CPAM était de 308,1 € en 2003 et de 329 € en 2004, ce coût moyen était en 2003 de 290,9 € et de 308,6 € en 2004, si le bénéficiaire relevait d'une mutuelle, et de 280,3 € en 2003 et 295,5 € en 2004, s'il était couvert par une assurance commerciale (2). Les assurances commerciales prennent en charge le meilleur risque, les CPAM le plus mauvais, les mutuelles se plaçant en situation intermédiaire.

Le dispositif CMU rend cette sélection du risque indolore pour les bénéficiaires. Leur couverture complémentaire est gratuite, le champ de ce qui est couvert

est défini par les pouvoirs publics et non par les assureurs complémentaires. Mais ces barrages sautent dans le cas de la réforme. La couverture complémentaire n'est pas gratuite, mais payante ici, les tarifs sont libres et le champ couvert n'est que partiellement défini. Sachant que, dans les personnes dont les revenus sont justes supérieurs au seuil CMU, on trouve des bénéficiaires du minimum vieillesse (des vieux) et de l'AAH (des handicapés), à quel prix (et pour quels soins couverts) des assureurs libres vont-ils proposer leur couverture à ces populations ? Quel sera le niveau du reste à charge et quelle sera la proportion de personnes qui ne pourront pas acheter une complémentaire ou devront se contenter d'une couverture de mauvaise qualité ? (3) La question vaut également pour les personnes dont les revenus sont supérieurs à ceux qui ouvrent droit à l'aide à la mutualisation. D'autant plus que le retrait des régimes de base conduit mécaniquement à une hausse du coût des assurances complémentaires, et donc, à niveau d'aide maintenu, à une augmentation du reste à charge.

Une couverture mixte, base et complémentaire, dans laquelle plusieurs acteurs complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, assurance) sont placés en situation de concurrence est nécessairement moins solidaire qu'une couverture de base de haut niveau. On voit que dans le cadre du dispositif CMU, qui réduisait pourtant le champ de la concurrence, cette sélection du risque fonctionne déjà. Placées, par la volonté des promoteurs de la réforme, dans une vraie situation de concurrence, les assurances complémentaires feront nécessairement de la sélection du risque

**1.** Chaque complémentaire paye une taxe de 1,75 % de son chiffre d'affaires en assurance maladie au Fonds de financement de la CMU, dont elle peut déduire une « déduction » (aujourd'hui de 300 €) par bénéficiaires pris en charge.

**2.** On notera qu'avec une « déduction » de 283 € en 2003 et 300 € en 2004, les bénéficiaires couverts par une assurance commerciale sont effectivement producteurs de bénéfices (d'où sans doute leur nom) pour les dites assurances commerciales.

**3.** Déjà 40 % des couvertures proposées sur le marché en dentaire offrent (contre paiement) une couverture moins intéressante que celle apportée par la CMU.

Résumé : Le flot impensable qui va emporter dans quelques secondes vers la mort le photographe amateur étonné et sidéré par le décor de ses vacances. La lame de fond retourne comme un fétu de paille les représentations et valeurs que nous mettons dans notre façon d'occuper notre temps libre.

« Comment avons-nous pu fermer la mer ? Qui nous a donné l'éponge pour fermer tout l'horizon ? »

Nietzsche

Monique Sicard

Chercheur au CNRS  
en histoire et esthétique  
de l'image et du regard

# Le corps du loisir ou l'injonction photographique

Le maire de la ville de Biloxi, dans l'Etat du Mississippi, détruite par le récent cyclone Katrina, a comparé les images de la ville à celles des côtes de Thaïlande après le tsunami du 26 décembre 2004. Depuis plusieurs mois, cependant, les hôtels touristiques de Khao Lak s'efforcent de faire oublier la catastrophe. Leur « propre plage rocheuse », privée, conduit par des sentiers de jungle à la longue et large zone de sable, le long de la mer d'Andaman. Arbres géants, falaises blanches. Le soleil n'en finit pas de se coucher. La beauté des îles du Sud, Koh Similan, Khor Kor Kao et Koh Prathong éclabousse les dîners feutrés d'une salle à manger de plage. Et quand la nuit s'invite, on entend monter de la grande forêt les crissements électroniques des insectes tropicaux. Naviguer sur les sites Web des complexes touristiques de Thaïlande, c'est flotter quelque part entre Bernardin de Saint-Pierre et le Douanier Rousseau. Les excès de chaleur, les mauvais arthropodes, mais surtout, les centaines de cadavres qui jonchaient, il y a peu, ces mêmes plages sont gommés de ces paradis retrouvés. Les hôtels offrent de nouveau leur « savoir-faire européen et sa touche française dans un décor d'inspiration thaï », leur « habile combinaison entre le splendide isolement d'un bungalow de teck et la traditionnelle hospitalité orientale ».

Il y a juste quelques mois parvenait jusqu'à nous, via l'Internet, un tsunami d'images terrifiantes. Au plus près de la mer, les cadavres dévêtus des touristes ; en retrait, ceux des thaïs. Deux mondes qui se côtoyaient simplement, souvent sans se connaître, se rejoignaient dans la même douleur. Nous parvenaient d'innombrables images de morts, barrées en diagonale du tampon *Getty Images*. S'agissait-il, comme l'affirmaient leurs diffuseurs, d'identifier les disparus ? Qu'il soit permis d'en douter. On se souvient du 11 septembre 2001, de la singulière absence de sang et de morts dans les séquences filmées à Manhattan : trois ans plus tard, les soucis éthiques semblent évaporés. Mark Getty s'affiche propriétaire de corps gonflés, putréfiés, dont il diffuse les images. Il est vrai que les règles du marché ont évolué : l'envolée populaire des petits appareils photo



numériques rend chacun témoin potentiel des événements de la planète. Les anonymes font office de témoins visuels. Toujours présents au bon endroit, au bon moment, réalisant d'inestimables séquences, cédant à moindre frais leurs droits aux grandes agences numérisées, ils court-circuitent la profession de journaliste.

Dans un instant, la vague portuaire, le *tsunami* – du japonais *tsu* – le port – et *nami* – la vague – engloutira le photographe. On retrouvera deux séquences complètes d'un tel déferlement dans les appareils photo de ceux qui moururent « en vacances ». Une question se pose, lancinante : ces preneurs de vue n'auraient-ils rien vu venir ? Ont-ils, ces enregistreurs obnubilés, confondu loisir et travail, amateurisme et profession, au mépris de leur propre survie ? On a raconté par la suite le premier flot, lent, l'étrangeté d'une eau qui se retire, le bruit, la seconde vague, invisible en pleine mer, mais dont l'amplitude s'accroît à l'arrivée sur la côte et le puissant courant de Stokes : horizontal, rapide et redoutable, dévastateur.

La succession rapide des images, la grande profondeur de champ, relèvent de l'usage des appareils numériques. L'horizon non horizontal, une fine branche d'arbre surgissant dans le cadre témoignent d'un amateurisme. Pour le reste, l'engagement fut total. Nous ne sommes ni dans le tableau, ni dans le spectacle : nous plongeons dans la modernité de la mort en direct. Nul ne saura voir là de banales marines. Le tsunami a croisé l'engouement des touristes aisés pour les zones hôtelières de l'océan Indien ; leurs fascinations pour les dernières technologies miniaturisées, leurs certitudes d'une supériorité occidentale, leurs civilisations du loisir. La scène n'offre guère à voir, mais tout à penser.

L'élan de solidarité inouï qui suivit la catastrophe dut beaucoup à l'abondance des images et des messages diffusés sur l'Internet. La compassion pour nos « frères orientaux », la mort de milliers

d'Occidentaux firent le reste. La question persiste : quels furent donc les enjeux de ces « images à tout prix » ? Une autre encore : « Que venons-nous chercher dans ces paradis fabriqués à notre image et, pour cette raison même, si semblables d'un bout à l'autre de la planète ? »

Il y a, certes, des chaises longues, des parasols, mais le loisir n'est superposable ni au repos, ni à l'évasion, ni à l'oisiveté ; il ne s'oppose pas simplement au travail. Il ne s'agit pas d'oublier les méfaits du temps contraint, de s'évader, de se distraire (de *dis-trahere*, se détacher, se détourner, se laisser tirer en divers sens), encore moins de s'installer passivement au cœur du vide et de l'absurde, mais bien de construire, de manière tant réfléchie que sensible, un temps rendu disponible, sans autre exigence que l'exercice de sa propre liberté. Le fait de société revêt une telle importance qu'un ministère du Temps libre a pu fonctionner durant deux années, du 22 mai 1981 au 23 juillet 1983.

Le corps moderne du loisir doit témoigner d'une aptitude aux plaisirs esthétiques, aux temps longs de la contemplation que le temps contraint du travail empêche d'exprimer. Les couleurs des paradis recomposés, les commentaires vantant les mérites des tropiques répondent à de telles exigences. L'aptitude au bonheur – dont les photos de vacances offrent la preuve – relève d'une maîtrise de soi.

Si caractéristique du loisir moderne, cette « rencontre avec soi-même » passe par les soins portés au corps. « Soignez le corps, vous soignez l'esprit ! », clament les affiches publicitaires.

Les médecins occidentaux ne sont guère habilités à prescrire dix jours de liberté en Thaïlande, trois séances de massage-bonheur ou un stage de taï-chi : ces pratiques empiriques concurrentes des antidépresseurs et des séances de psychanalyse, leur échappent. Les industries du loisir, elles, s'en emparent, sur fond d'une philosophie du temps tout orientale.

Le retour au naturel – de *natura*, le fait de naître –, aux paradis originels d'une innocente sexualité, se marque dans la nudité des jeux de plage. Le paradis, ce « lieu du repos éternel », est réconciliation avec le temps. Les Tropiques, leur absence de saisons, lui fournissent d'efficaces stéréotypes.

L'exigence extrême de bien-être et de confort, si caractéristique de nos mondes contemporains, l'affirmation simultanée de la supériorité de la vie ordinaire, entrent en contradiction avec l'inconfortable retour aux origines. Alors, il faut fuir les bains de mer sans abandonner la mer ; tenir, sans la quitter, la Thaïlande à distance. On construit, en bordure des plages, des piscines aux berges ondulées qui ne ressemblent plus à des piscines ; des hôtels en bois des tropiques qui n'ont plus l'air d'hôtels. On façonne, dans l'immanence, l'image d'un paradis qui n'a rien de sacré.

Le photographe improvisé, transplanté, face à une vague qu'il ne comprend pas, ne porte pas

secours, ne s'enfuit pas lui-même. Oublieux de tout, l'œil rivé au viseur, il façonne scrupuleusement sa propre dignité, dans le temps libre de son propre loisir. Ce sont moins les corps que l'intelligence du temps qu'asservit le travail dans nos sociétés occidentales. Limité à trente-cinq heures, il n'en est pas moins « stressant », empêchant les retrouvailles avec soi-même d'où naîtrait l'indispensable fierté. Le temps libre du loisir se fait injonction : là seulement se reconstruit la personne et le respect qui lui est dû. Il arrive que cela passe par des excès d'images écrans.

Dans quelques secondes, le paradis et ses couleurs vireront à l'enfer, engloutissant la bonté rêvée de la nature : tant pis pour celui qui croyait en la supériorité d'un touriste-toréador. Les sites Internet reconstruiront vite les rêves tropicaux. Gommant la mémoire des drames, ils feront oublier le temps. Des hôtels tsunamis ouvriront rapidement leurs portes vers la mer accueillant, plus nombreux, les corps bronzés du loisir.

Denis Labayle

*Médecin gastro-entérologue*

**B**ien sûr, on peut les ignorer, faire comme s'ils n'existaient pas, ou s'apercevoir de leur présence seulement en cas de nécessité : besoin de main-d'œuvre bon marché, non déclarée. Une fois le travail terminé, on ne veut plus en entendre parler. Leur santé, ce n'est pas notre affaire.

Ils sont plusieurs centaines de milliers de travailleurs immigrés sans papiers dans une situation totalement précaire, à la merci de tout, et de la maladie en particulier. Jusqu'à présent, ils pou-

vaient demander l'Aide Médicale Etat et l'obtenaient assez facilement. Les décrets récents, sortis au mois d'août 2005, en catimini, pour ne pas faire de vagues, remettent en

## Aujourd'hui, quelle santé pour les plus démunis ?

cause cette offre de soins ou tout au moins en compliquent sérieusement l'accès. Si le délai de trois mois de résidence ininterrompue sur le territoire est un premier obstacle, la multiplicité des documents administratifs à fournir est pour nombre de travailleurs en situation irrégulière une barrière quasi infranchissable. Comment fournir une quittance de loyer quand on vient de débarquer dans un pays inconnu, sans ressource et que l'on loge chez un ami ? Et même si l'on vit en France depuis de nombreuses années, est-il toujours possible, en situation irrégulière, de se procurer le bulletin de salaire auprès du patron qui vous fait travailler au noir ou d'obtenir du propriétaire de l'hôtel une quittance de loyer ? On se demande parfois si le raisonnement du législateur relève de la bêtise ou de la perversité. Ou des deux à la fois.

Bien sûr, on me dira qu'il y avait des profiteurs du système qui débarquaient en France avec le seul objectif de se faire soigner. Possible. Etait-ce vraiment un phénomène important ? Là, pas de réponse, pas de chiffre, pas d'analyse. Et même ? S'il existait une véritable coopération sanitaire mondiale et un minimum de structure sanitaire dans ces pays, on n'en serait pas là. Comment ne pas comprendre l'envie d'un malade de franchir la frontière pour aller chercher les soins qu'on lui refuse sur place ? Ne ferai-je pas de même si j'étais dans sa situation ?

Et si les excès d'une minorité existent, cela est-il suffisant pour sanctionner la majorité des autres ? Qu'on cesse de montrer du doigt toujours les mêmes. Les plus démunis ne sont pas les plus grands « détourneurs » de lois, ni les plus dépensiers de l'argent public. On trouve du côté des nantis des experts en ce domaine, et les sommes détournées sont d'une toute autre ampleur.

Reste à prouver le bénéfice financier d'une telle mesure. En empêchant les plus démunis d'accéder aux soins, on retarde le diagnostic de leurs maladies, on découvre les pathologies à un stade plus avancé, donc plus grave, on augmente les risques d'hospitalisation, et finalement le coût des soins.

De plus, laisser des maladies contagieuses évoluer majore les risques pour le reste de la population, et ce coût-là, bien sûr, n'est pas évaluable. Enfin et surtout, une telle mesure est d'une hypocrisie financière absolue. Car le patient sans papier qui vient aux urgences de l'hôpital pour une pathologie aiguë ne sera jamais refoulé par manque de documents administratifs. Heureusement, il sera pris en charge. Mais s'il n'a pas l'Aide Médicale Etat, ses frais d'hospitalisation seront entièrement assumés par l'hôpital public. Autrement dit, une fois de plus, l'Etat

adopte une politique d'autruche et fait payer le prix de ses fausses économies au service public. Cette charge financière des impayés aggrave les déficits des hôpitaux, en particulier les finances des établissements situés en zone défavorisée. Voilà une disparité supplémentaire entre responsabilités d'établissements publics et d'établissements privés. Une disparité que nient depuis quarante ans nos grands économistes de la santé, obsédés par leur comparaison malhonnête entre les deux systèmes.

Alors réduire l'accès aux soins pour ceux qui ont des ressources inférieures à 576 euros pas mois, cela relève-t-il de l'incompétence ou du cynisme ?



#### Dates à retenir sur vos agendas :

#### ✓ Congrès du Syndicat de la Médecine Générale, les 2, 3 et 4 décembre 2005 à Nantes

##### La continuité des soins

##### Des propositions pour une autre politique de santé

Des ateliers de travail pour sortir des ornières du libéralisme ambiant, un débat pour proposer des éléments d'un programme pour la nouvelle politique de soin et de santé avec les quatre éclairages suivants :

- l'organisation de la distribution des soins,
- les réseaux de santé,
- l'accès aux soins,
- du soin à la santé.

Echanger sur le fond des idées ne suffit pas, il nous est apparu utile de changer la forme de nos débats grâce à la médiation du théâtre qui introduira la réflexion de nos ateliers.

Quatre demi-journées dans une ambiance conviviale, un cadre agréable pour réfléchir et proposer ensemble pour l'avenir de notre métier et du soin. Nous vous attendons nombreux.

Programme complet et inscription : contactez-nous

- site Internet : <http://www.smg.ras.eu.org/smgV2/>

- SMG, 52, rue Gallieni, 92240 Malakoff - Tél. : 01 46 57 85 85 - e-mail : [syndmedgen@free.fr](mailto:syndmedgen@free.fr)

#### ✓ En avril 2006, venez en Andalousie avec le SMG

Nous avons choisi pour 2006 de renouer avec la pratique des Journées de Printemps à l'étranger.

**En Europe ?** Nous affirmons souvent : « une autre Europe est possible », mais que se passe-t-il ailleurs en Europe ? Quelles sont les réalités des autres systèmes de santé ? Quelles sont les perspectives des acteurs du système ?

**En Andalousie ?** Nous y avons des contacts et l'Andalousie est belle au printemps.

Ces journées auront lieu la dernière semaine d'avril.

Nous serons basés entre Cadix et Séville ; l'organisation espagnole qui est notre partenaire est L'Association pour la Défense du Système de Santé Public.

Nous alternerons les rencontres et la découverte du pays : visite de Séville et parcours des Villages blancs.

Lecteur(trice)s de *Pratiques*, professionnels ou usagers, vous êtes les bienvenus avec nous.

Si vous êtes intéressés, envoyez vos coordonnées au secrétariat pour que nous puissions vous adresser les formulaires de pré-inscription.

**Résumé :** En prenant l'exemple des coxibs, anti-inflammatoires non stéroïdiens présentés comme « sélectifs » et donc comme dépourvus des effets indésirables digestifs habituels de cette classe de médicaments, cet article discute le rôle et les insuffisances des différents acteurs de la société (médecins, agences de régulation, firmes pharmaceutiques, leaders d'opinion, pharmacologues) dans les activités d'évaluation et d'information sur le médicament.

« Il faut dire la vérité (...), y parler avec son cœur, ses tripes, ses colères, ses obsessions : y être soi-même totalement engagé dans ce qu'on est, et à la fois n'importe qui, n'importe lequel d'entre nous. » Jorge Semprun

**P**ar leur action dite « sélective » sur la cyclo-oxygénase de type 2 (COX 2), les coxibs (celecoxib, [1] rofecoxib [2]) ont été présentés, au moment de leur commercialisation, comme une « innovation » médicamenteuse permettant, par exemple, de s'affranchir des effets indésirables digestifs (perforations, ulcérations, saignements) des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Certains articles ou leaders d'opinion n'ont pas hésité à qualifier ces médicaments d'« aspirine sans ulcère » !

En fait, les données récentes d'évaluation indiquent clairement que le risque digestif des coxibs, en situation réelle d'utilisation, est identique qualitativement et quantitativement à celui des AINS classiques. Ainsi, en l'absence de démonstration d'efficacité antalgique ou anti-inflammatoire supérieure des coxibs

Jean-Louis  
Montastruc

Service de Pharmacologie Clinique

# Quelles leçons tirer des affaires « coxibs » ?

par rapport aux AINS classiques, on peut affirmer que le celecoxib et ses dérivés ne répondent nullement aux critères requis pour parler de progrès thérapeutique pour un médicament (1, 2).

Plus récemment, l'attention de tous a été attirée par la description et la quantification d'effets indésirables cardiovasculaires avec ces médicaments. Il s'agit, d'une part du risque hypertensif (qui pourrait être plus marqué qu'avec les AINS classiques (3)) et surtout de manifestations thrombotiques cardiovasculaires, conduisant par exemple à un excès d'angor et d'infarctus du myocarde (2, 4, 5). Ces données, probablement imputables à un effet des coxibs sur les prostacyclines, ont notamment conduit au retrait par la firme du rofecoxib en septembre 2004 (après mise en évidence dans l'essai clinique APPROVE d'une majoration de 2 à 3 d'événements cardiovasculaires par rapport au placebo). Elles concernent cependant tous les coxibs commercialisés (celecoxib) ou non. Le valdecoxib (non commercialisé en France) a été retiré pour cette même raison début 2005.

Enfin, deux essais réalisés chez des patients souffrant de maladie d'Alzheimer ont révélé une mortalité plus élevée sous coxibs que sous AINS classique (6).

1. Ndlr : Celebrex®.

2. Ndlr : Vioxx®.

Ce texte ne détaillera pas plus avant ces actualités de pharmacovigilance, bien résumées par ailleurs (1-6). Il rappellera simplement qu'en date du 28 juin 2005, L'Agence Européenne d'Évaluation des Médicaments (EMEA) a rappelé la contre-indication de ces coxibs, non seulement chez les patients présentant une maladie cardiaque ou cérébro-vasculaire (comme déjà recommandé), mais aussi dorénavant chez les sujets souffrant de maladie artérielle périphérique. Les lignes qui suivent veulent, au-delà des données techniques, contribuer à la réflexion désormais indispensable après cette situation de crise sur l'évaluation des médicaments et ses méthodes. En fait, l'analyse des « affaires » coxibs paraît révélatrice de multiples lacunes du monde du médicament.

#### Des leaders d'opinion décrédibilisés

Dans un article paru dans *le Monde* au lendemain du retrait du rofecoxib, Gilles Bardelay écrivait : « Quel démenti cinglant pour les "leaders d'opinion" hospitalo-universitaires qui se comportent en véritables "dealers" d'idées fausses et de prises de risques insensées ! » (7). Un tel comportement, vantant les avantages supposés en occultant soigneusement les inconvénients (digestifs, cutanés ou cardiovasculaires), pourtant déjà mis en évidence par les essais cliniques pré-AMM ou les premières études pharmacoépidémiologiques post-AMM, doit nous faire nous interro-

ger, non seulement sur l'indépendance, mais plus encore sur la réelle compétence pharmacologique de ces « leaders ». Il existe assurément un fossé entre la connaissance de telle ou telle spécialité clinique et l'évaluation pharmacologique raisonnée et indépendante de l'action, l'efficacité, la sécurité, le coût ou encore la place du médicament dans la Société.

En fait, ces hérauts ont suivi les yeux fermés le marketing proposé par les firmes pharmaceutiques pour lesquelles le mécanisme d'action (supposé) tient souvent lieu de démonstration d'efficacité. C'était oublier que la notion de « sélectivité » est uniquement une notion de pharmacologie expérimentale. Sur l'organisme entier et chez l'Homme, la « sélectivité » disparaît bien vite, devenant partielle, relative et temporaire (8). Cette notion, ici appliquée à la COX 2, est pourtant bien connue des prescripteurs à propos des soi-disant avantages bronchiques des bêta 1 bloquants (dits à tort cardiosélectifs) ou tensionnels (pseudo absence d'hypotension orthostatique) des alpha-bloquants proposés dans le prostatisme... N'oublions jamais de revenir aux données simples et éternelles de la pharmacodynamie ! Interrogeons-nous sans cesse sur la transférabilité en clinique des notions présentées comme « fondamentales » à propos de l'effet des médicaments. Recherchons une nouvelle alliance entre les propriétés de base des médicaments et leur utilisation clinique.

Il faut assurément réfléchir à un nouveau système d'informations validées, pertinentes et indépendantes sur le médicament dans notre pays.

#### Les lacunes de l'évaluation

Ce paragraphe, reprenant le titre d'un article du *Figaro* (9), a été aussi évoqué dans d'autres feuilles (4, 6) ainsi que dans deux textes du Sénat de la République Française (10, 11).

Les praticiens devraient tout d'abord connaître et reconnaître les insuffisances obligatoires de l'évaluation des médicaments **au moment de l'AMM**. Combien de fois déplorons-nous dans les essais cliniques l'absence de comparaison au médicament de référence ? Pour les coxibs, aucune comparaison par rapport à l'antalgique de référence, le paracétamol, n'a été réalisée avant leur commercialisation. Aucun essai n'a concerné une étude versus ibuprofène aux doses de 1 200 à 1 600 mg par jour ou versus l'as-



sociation (trop) largement utilisée AINS + protecteur gastrique (4). Plus tard, aucun essai n'a comparé le nouveau coxib à celui (ou ceux) déjà sur le marché ! Le rapport du Sénat (10) a discuté cette question, en écrivant par exemple à propos des essais cliniques de médicaments : « Aucun organisme indépendant n'est sollicité pour effectuer éventuellement une nouvelle expérimentation de contrôle... » ou du financement des Agences : « Comment ne pas redouter que les Agences ne soient devenues au fil des années les instruments dociles de ceux qui fournissent la majorité des subsides ? » (10). Bruno Toussaint, directeur de la rédaction de la *Revue Prescrire* va dans le même sens quand il affirme en janvier 2005 que « Les Agences font bénéficier le doute aux firmes et non aux patients » (12).

### Les lacunes des firmes pharmaceutiques

On a beaucoup discuté, à cette occasion, de la publication des données des essais cliniques réalisés par les firmes. On a parlé des « omissions » dans l'essai clinique CLASS avec le celecoxib où seuls des résultats tronqués favorables à six mois sur le risque digestif ont été publiés, alors que l'essai avait duré un an (avec, à douze mois, des résultats négatifs par rapport aux comparateurs, ibuprofène et diclofenac). Ces données ont donné lieu à des analyses critiques du dossier rofecoxib, dont l'une, réalisée par une revue catalane indépendante de pharmacologie clinique (13), a conduit à un procès, perdu par la firme. Le 25 janvier 2005, un groupe de sénateurs écrivait : « La logique industrielle de mondialisation accule les laboratoires au mensonge et au bluff » (10). Il convient assurément de s'assurer d'une véritable accessibilité de tous (professionnels de santé comme patients) aux données validées des études (tant favorables que défavorables) sur le médicament.

### Nos lacunes à nous tous, professionnels de santé

Les remises en cause évoquées plus haut ne concernent pas uniquement les décideurs ou les firmes : elles impliquent également tous les professionnels de santé. Médecins, pharmaciens, infirmiers..., nous restons trop peu intéressés par le médicament et par une analyse réfléchie, non seulement du bénéfice, mais aussi du risque lié à l'utilisation de tout médicament. Nous devons développer un esprit d'analyse critique vis-à-vis de la vraie innovation pharmaco-

gique (en ne confondant pas « innovation » et « nouveauté »). Ce nouvel état d'esprit devrait permettre une prescription plus sereine, évitant par exemple toute précipitation inutile (et souvent dangereuse) vis-à-vis des nouveaux produits (qui ne sont que rarement des « innovations » utiles pour le malade). Il reste assurément beaucoup à faire dans notre formation continue en pharmacologie clinique !

Une approche plus raisonnée et critique des informations délivrées par la visite médicale semble aussi désormais indispensable. Regrettons que la visite médicale minimise systématiquement les effets indésirables des médicaments.

Notre participation au système national de pharmacovigilance reste également nettement insuffisante. Nos déclarations d'effets indésirables médicamenteux aux Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) sont trop peu nombreuses, trop inconstantes voire inexistantes. Cependant, comment les CRPV et les Agences de régulation peuvent-ils informer les professionnels de santé sur le risque de tel ou tel médicament, s'ils ne reçoivent aucun signal venu du terrain ? La pharmacovigilance, ce n'est pas une « paperasserie » de plus, mais une mission d'intérêt prioritaire à destination de nos patients pour tout médecin, pharmacien et autre professionnel de santé !

### Insuffisance de la pharmacoépidémiologie en France

La pharmacoépidémiologie est la branche de la pharmacologie qui étudie, en situation réelle de prescription l'efficacité, les effets indésirables et l'utilisation du médicament. Le pharmacoépidémiologiste regarde donc si les données établies lors des essais cliniques (réalisés avant l'AMM) sont retrouvées dans la vie réelle du médicament (c'est-à-dire après l'AMM). On doit déplorer l'absence d'équipes de recherche en France spécialisées dans l'évaluation du risque médicamenteux : en 2005, on ne peut relever qu'une seule unité INSERM (sur plus de 120) et seulement deux équipes universitaires labellisées (sur plusieurs centaines) se consacrant à cette activité pourtant primordiale pour la santé de nos populations. Ces constatations soulignent le retard français en matière de pharmacoépidémiologie et d'évaluation post-AMM du médicament.

En effet, les essais cliniques sont trop souvent considérés en France comme la seule méthode d'étude (gold standard) des médicaments en clinique. Raisonner ainsi, c'est regarder uniquement le bénéfice supposé du médicament (évalué d'ailleurs dans les conditions artificielles de l'essai clinique, bien éloignées de la réalité) et oublier le numérateur de ce rapport : le risque tout aussi capital (et même aujourd'hui parfois plus important pour certaines classes pharmacologiques). Les essais cliniques sont inadaptés à l'évaluation des effets indésirables des médicaments et à l'approche réelle du rapport bénéfice/risque. Il convient de développer dans notre pays des bases de données de prescription afin que les pharmacoépidémiologistes puissent étudier, en situation réelle, les conditions d'utilisation et le risque médicamenteux. A cet égard, les recommandations de l'ANAES et de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les « niveaux de preuve » doivent impérativement être revues et actualisées pour s'appliquer aux questions actuelles du médicament.

Ces réflexions rejoignent les propos écrits en 1999 par Lucien Abenham au moment du procès du sang contaminé. Dans un article intitulé « Le savoir en Santé Publique », il souligne que la France souffre d'une insuffisance de culture épidémiologique (14) : « Il s'agit surtout d'un problème de culture. C'est cette culture qui différencie les pays à très forte tradition de santé publique de ceux où celle-ci est historiquement reléguée au second plan. Cela explique, comme le soulignait Aquilino Morelle que la Santé Publique ait été "défaite". » Les lignes qui suivent restent également d'actualité : « Ceux qui portaient le savoir épidémiologique n'avaient pas le pouvoir de se faire entendre car le monde de la santé est, dans notre pays, rétif aux statistiques et aux probabilités. Il est plus à l'aise dans l'univers des éprouvettes et des expériences. Il s'accompagne mieux du traitement de chaque malade, pris un par un, que de la prise en compte des phénomènes populationnels. »

La firme fabriquant le rofecoxib n'a pas, en fait, inclus dans sa réflexion les données de pharmacoépidémiologie signalant depuis le début des années 2000 un risque cardiovasculaire pour les coxibs. Elle a préféré attendre les résultats de l'essai clinique APPROVE pour prendre la décision de retrait du médicament. Assurément, une prise en

compte des données de pharmacoépidémiologie concernant le rofecoxib aurait permis une meilleure gestion du risque de ce médicament et, peut-être, des décisions autre, moins brutales et plus raisonnées...

### Conclusion

A l'heure où on parle de « nouvelle gouvernance » dans le domaine de la santé, on doit souhaiter que ce vocable s'applique aussi désormais au domaine du médicament. Il reste à savoir si, véritablement, nous souhaitons de tels changements ou si nous préférons continuer selon l'adage de Bossuet (1709) : « Nous sommes des créatures qui nous affligeons des conséquences dont nous continuons à adorer les causes. »

### Bibliographie

1. Montastruc J.-L., Lapeyre-Mestre M., Gony M., Lugardon S., Bagheri H., *Coxibs, quels réels progrès thérapeutiques ? : données pharmacoépidémiologiques récentes*, *Thérapie*, 2004, 59, 201-5.
2. Fundacio Institut Cattalal de Farmacolgia, *La decepcion de los coxibs*, Butlleti Groc, 2005, 18, 1-4.
3. Durrieu G., Olivier P., Montastruc J.-L., « Coxibs and arterial hypertension : an analysis of spontaneous case report in the French Pharmacovigilance Database », *Eur J Clin Pharmacol*, 2005, in press.
4. Prescrire Rédaction, « Comment éviter les prochaines affaires Vioxx® ? », *Revue Prescrire*, 2005, 25, 222-5.
5. Prescrire Rédaction, « Coxibs, suite : demi-mesures et maintien sur le marché », *Revue Prescrire*, 2005, 25, 281.
6. Prescrire Rédaction, « Le célécoxib encore sur le marché : au profit de qui ? », *Revue Prescrire*, 2005, 25, 512-3.
7. Bardelay G., « Le retrait du Vioxx® ou la fausse surprise », *Le Monde*, 8 octobre 2004.
8. Montastruc J.-L., « Pharmacologie : gare aux mirages de la "sélectivité" ! », *Revue Prescrire*, 2003, 23, 152-3.
9. Perez M., « Médicaments : les lacunes de l'évaluation », *Le Figaro*, 14 décembre 2004.
10. Sénat, Proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur les conditions de délivrance et de suivi des autorisations de mise sur le marché des médicaments. [www.senat.fr/leg/ppr04-150.html](http://www.senat.fr/leg/ppr04-150.html).
11. Sénat, Proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur les autorisations de mise sur le marché des médicaments. [www.senat.fr/rap/104-380\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/104-380_mono.html).
12. Toussaint B., « Comment éviter les prochaines affaires Vioxx® ? » [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org).
13. Fundacio Institut Cattalal de Farmacolgia, *Las supuestas ventajas de celecoxib y rofecoxib : fraude científico*, Butlleti Groc, 2004, 15, 13-15.
14. Abenham L., « Le savoir en santé publique », *Le Figaro*, 1<sup>er</sup> mars 1999.

**Résumé :** A Carpentras fonctionne un pôle hospitalier public-privé depuis cinq ans, à la satisfaction de l'ensemble des acteurs (soignants du public, du privé, population locale et élus). Mais en réalité ce mariage public-privé, à des effets pervers qui avec la mise en place de la tarification à l'acte, vont encore plus pousser l'hôpital dans la logique des actes techniques rentables au détriment des services de soins comme la gériatrie et la psychiatrie.

Il y a maintenant cinq ans que les habitants des secteurs sanitaires de Carpentras ont accès à un Pôle Santé Public-Privé réunissant dans un lieu moderne, construit sur mesure, la structure hospitalière et les équipes de deux cliniques privées.

Hormis la psychiatrie et les soins de suite, tous les lits du secteur sont rassemblés là ; il n'y a donc pas d'alternative, sinon se déplacer nettement plus loin sur Avignon ou Orange.

Ce montage, dont les avantages pratiques sont évidents, justifié par le vieillissement des structures antérieures, ne me semble pas « sain ». Le directeur de l'hôpital m'a longuement reçu en avril 2004, exposé le fonctionnement du couple privé-public et répondu à mes questions. Son analyse globale étant favorable, grâce à la valorisation du public. Je n'avais pas rédigé de compte-rendu ; or, tout me semble en place pour que les usagers n'aient pas la garantie de l'égal accès aux soins, le service public ayant insuffisamment de moyens pour assurer ses multiples missions.

Plusieurs mois plus tard, j'ai repris mes notes car deux événements m'ont choqué :

- la mise en place d'une réforme du financement des hôpitaux, la T2A, tarification à l'activité et,
- la délégation à un organisme privé de l'évaluation des coûts des cliniques privées, en écartant l'agence technique de l'information hospitalière, dont c'est une des missions. En résumé, c'est faire évaluer l'activité du secteur privé par... le privé. Cerise sur le gâteau : en janvier 2005, le ministère a proposé que les établissements privés puissent facturer à la Sécurité sociale les prothèses orthopédiques, alors que les hôpitaux devraient les absorber dans leur budget...

Les médecins et administratifs de Carpentras pensent que leur « bébé » est un modèle reproductible, d'ailleurs c'est le croisement de volonté de Kouchner et d'Andrieu, maire bien à droite de la cité : selon eux, c'est un des seuls moyens pour des petits établissements, publics ou privés, de faire face aux grosses structures pilotées par AXA ou autre assurance. Quelque chose comme la caution et la compétence du public permettant à des « petites entreprises de santé » de ne pas se faire avaler par des multinationales du soin. Pour le moins, les politiques reconnaissent implicitement qu'ils ne se battent pas frontalement contre l'ouverture libérale du marché de la santé.

Dans ce domaine, il n'y a pas de délocalisations à craindre et le marché est en extension ; comme il y a peu de politique de santé publique (prévention, dépistage, médecins scolaires, inspecteurs du travail...), il y a beaucoup de place pour le « soin ».

Bernard Senet

Médecin généraliste

# Chimère carpentrassienne

**FINANCEMENT DES HÔPITAUX PUBLICS**

Il y a déjà longtemps par le prix de journée : un jour dans un lit de chirurgie valait tant, un jour en cardiologie tant. Le but était évident : avoir tous les lits pleins en permanence, voire en rajouter quelques-uns dans le couloir.

Ensuite est arrivé le budget global (loi du 19-1-83 sur la dotation globale), vous avez une enveloppe donnée annuellement qui varie en fonction d'un taux décidé par le ministère et des points ISA que vous effectuez. Ceux-ci sont déterminés par la fréquentation des lits et la charge en soins des patients calculée au travers du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) : celui-ci note la pathologie, la dépendance et le temps passé par certains soignants. Ce système entraîne facilement une surcotation des diagnostics et des soins, finalement peu efficace, car les points ISA sont vite « tassés », surtout dépendants de l'occupation des lits. L'enveloppe globale présente beaucoup d'inertie d'une année à l'autre ; dans les faits, peu de rééquilibrage entre les établissements dits « sur-dotés » et ceux dits « sous-dotés ».

La mise en place actuelle de la nouvelle tarification va asseoir les revenus des hôpitaux sur trois financements :

- le principal proviendra de la T2A, tarification à l'activité, c'est-à-dire un paiement à l'acte, prenant en compte le diagnostic et ses complications. Par exemple une hémiparésie avec aphasie vaut tant, un infarctus tant, une occlusion tant... ce qui déconsidère tout le travail non technique et incite à ne prendre qu'une pathologie en charge. Il est plus rentable de ré-hospitaliser si le malade a deux pathologies qui rapportent. Cette tarification est officiellement mise en place pour rendre les activités « public-privé » comparables.
- Compte tenu des charges spécifiques des hôpitaux publics (permanence des soins, accueil médico-social, personnes âgées, exclus, etc.), deux autres sources de revenus sont prévues : des forfaits, basés sur des activités concernant plus une population que des patients « à l'acte » (addictions, réadaptation), et des missions d'intérêt général, participation à des réseaux, maintien d'une maternité géographiquement isolée, d'un service de radio dans une zone à risque d'accidents, etc.

En sont exclus : la psychiatrie, les services de soins de suite et rééducation, les hôpitaux locaux.

Conséquence négative prévisible : les patients sortiront encore « chauds » des lits de services spécialisés, or on manque de lits de services de soins de suite et de rééducation et les lits de médecine des hôpitaux locaux ou de « proximité » sont peut être insuffisamment médicalisés pour accueillir ces patients nécessitant encore soins et surveillance.

Le risque est grand de voir les hôpitaux obligés de défendre le nombre de leurs actes techniques au détriment de toutes les autres actions, qu'ils ne valorisent plus et surtout qu'ils ne créeront pas en fonction des besoins locaux : ils attendront les financements d'un plan national cancer ou Alzheimer alors que leur environnement local justifierait un plan saturnisme ou diabète.

Alors pourquoi favoriser le privé le plus agressif en obligeant les hôpitaux publics à travailler à l'acte, dénommé ici activité, en les mettant en compétition avec le privé et en octroyant des faveurs financières aux cliniques ?

Sous prétexte de défendre les PME, le gouvernement offre le marché du soin technique (abusivement et médiatiquement nommé marché de la santé) aux profiteurs transnationaux. Les hôpitaux publics, absorbés dans le jeu de la concurrence, vont progressivement être tentés d'abandonner tout ce qui les ralentit : avant tout les activités imposant beaucoup de charges de personnel. Seule une volonté politique et l'engagement des professionnels permettraient que les personnes âgées, les malades psy, les plus modestes, puissent profiter de soins dans de bonnes conditions. Le privé a déjà investi dans des institutions leur étant consacrées, mais il faudra que ce soit rentable, sinon ils devront se contenter d'un service public qui risque d'être minimal.

#### Quelques éclairages sur le Pôle Santé Public/Privé de Carpentras

**Historique :** La ville comptait deux cliniques privées chirurgicales qui avaient cessé de jouer « 7 morts sur ordonnance », mais pris un coup de vieux, médical pour l'une, immobilier pour l'autre. L'hôpital était installé dans le même bâtiment, un hôtel-dieu classé, depuis six siècles : le manque de confort, de commodité, entraînait une fuite du personnel et des patients.

L'initiative du regroupement revient au maire (de droite) et à une des cliniques, la DDASS poussant l'hôpital à accepter, car les conditions de fonctionnement, sécurité entre autres, étaient médiatiquement indéfendables.

**Structures immobilières :** Les deux cliniques se sont regroupées, après de longues négociations, en un seul établissement, relativement petit, nommé Synergia (noter l'intervention du conseiller en communication). L'hôpital, menacé d'être transformé en hôpital local, a gardé son statut de CH et sa maternité (62 lits en tout).

**Financement :** La partie privée par les actes des spécialistes, surtout chirurgiens et le reversement des utilisateurs du matériel et des blocs opératoires.

L'hôpital par le système du budget global : compte tenu du faible point ISA, car peu d'actes très techniques, le passage à la tarification à l'activité est attendue avec espoir.

**Fonctionnement institutionnel :** Chaque établissement a une commission médicale d'établissement (CME). Elles fonctionnent séparément, mais font leurs projets d'établissement en commun, en pratique sous la responsabilité des deux directeurs.

**Les tarifs :** Les patients qui vont à l'hôpital sont traités comme dans un autre hôpital. En consultation, il y a peu de secteur privé, donc peu de dépassement. En hospitalisation, pas de secteur privé. Sur la clinique, presque tous les intervenants sont en secteur 2, mais le patient qui est passé par les urgences hospitalières et qui accepte le chirurgien de garde paie sur la base sécu du secteur 1. Il ne semble pas y avoir de contrôle du respect de ces comportements tarifaires.

**L'activité :** Avant la réunion privé-public, les cliniques faisaient 3 000 passages annuels aux urgences, l'hôpital 9 000 ; depuis, le Pôle fait 17 000 accueils aux urgences, mais cela correspond historiquement aux problèmes de garde en ville, donc difficile à analyser.

La maternité est passée de 800 à 1 100 accouchements par an.

**Les avantages tirés par les structures :** La Polyclinique est approvisionnée par les urgences de l'hôpital, elle a le monopole sur la ville et les environs, moyennement quelques concessions tarifaires et de disponibilité.

L'hôpital sort gagnant sur le plan image : locaux modernes, rajeunissement du personnel, réussite du partenariat et surtout partage des responsabilités. En dehors de la maternité, le public ne gère pas ce qui rapporte, comme la radio ou les actes techniques spécialisés, même s'il fait des économies sur les transports (le brancardier suffit pour

un transport en chirurgie). Même s'il a augmenté sa fréquentation, il n'a pas de grandes possibilités d'extension de revenus alors qu'il doit assurer, en plus du SSIAD, la mise en place d'une HAD et supporter les contraintes nationales (plan cancer, Alzheimer, ...), tout ceci rapportant peu.

**La radio, le scanner et bientôt l'IRM :** Le laboratoire d'analyse et la radiologie sont indépendants des deux structures hôpital et polyclinique. Ils sont gérés par une société (CELAR) qui a conventionné l'exclusivité des prescriptions de l'hôpital contre une remise de 20 % sur les tarifs, un manipulateur de garde et un radiologue d'astreinte.

Pour l'IRM c'est l'hôpital qui est porteur du projet, en concurrence avec deux autres villes du département. Le privé tente d'en être le propriétaire, via une SA (Société Anonyme), puisque le

fonctionnement serait identique à celui du scanner. Cela oblige l'hôpital à se positionner sur le plan concurrentiel avec le privé, au moins en investissements.

**L'avenir :** La confiance est réelle entre les deux structures, avec un aspect union de deux petits contre les gros. Les médecins veulent s'investir ensemble sur les projets et y associer les élus locaux. Mais la différence de traitement et de revenu entre les soignants (infirmiers et médecins) du public et du privé risque de creuser un écart, d'où des répercussions sur la qualité des soins et le partage des responsabilités. L'hôpital public assure une clientèle au privé, en retire une confiance, mais pas les moyens d'assurer correctement à la population des soins et encore moins une santé : entre contrat de dupes et allégeance consciente difficile d'établir un pronostic optimiste.



**Résumé :** De l'importance du rôle du médecin généraliste dans la rédaction des certificats médicaux, en particulier ceux ayant trait à la pathologie du travail. Les méandres administratifs de cette pathologie ont fait l'objet du mémoire d'une stagiaire de troisième cycle interne en médecine générale dans un cabinet libéral. La clarté de ce travail met en relief l'obscurantisme de ces démarches qui rebutent souvent les médecins généralistes et sont pourtant d'une importance capitale vis-à-vis des patients.

**M**adame O, d'origine laotienne, faisant depuis 26 ans un travail de pelletage, se plaint de douleurs persistantes, de type inflammatoire, au niveau du poignet droit. Le diagnostic de tendinopathie du membre supérieur droit est retenu.

Marie Debelleix

Interne en médecine générale

### S'agit-il d'une maladie professionnelle référencée, comment s'en assurer ?

Il s'agit effectivement d'une maladie référencée au tableau n° 57 C de la Sécurité sociale : la liste des métiers est limitative, mais les travaux de pelletage correspondent bien à des « travaux comportant de façon habituelle des mouvements répétés ou prolongés des tendons fléchisseurs ou extenseurs de la main et des doigts. » Le délai de prise en charge est respecté : ici sept jours, délai maximum entre la cessation du risque et la première constatation médicale.

Elisabeth Pénide

Médecin généraliste

Madame O. ne souhaite pas être arrêtée, elle pense que la kinésithérapie et les anti-inflammatoires suffiront à la soulager. Un certificat initial de reconnaissance de maladie professionnelle est établi par le médecin avec une demande de soins jusqu'au 30 juin 2002.

**La déclaration nécessite-t-elle un arrêt de travail ? En aucun cas.**

### Comment est elle accordée ? Dans quels délais ?

Une double enquête de la caisse à lieu : sur le lieu du travail (à savoir si le métier et les gestes correspondent bien au tableau) et médicale (le médecin conseil convoque la patiente pour constater si la pathologie est bien celle déclarée). La CPAM a 20 jours à la réception du certificat médical et du certificat de l'employeur, pour rendre son avis ; en l'absence de réponse dans ces délais, l'avis est considéré comme favorable.

# Un parcours exemplaire

La CPAM reconnaît la maladie professionnelle et renvoie à madame O. un imprimé lui permettant la dispense d'avance des frais pour les soins nécessaires. A la fin des soins, madame O. est exempte de toute douleur ; un certificat final avec consolidation sans séquelle mais possibilité de rechute est établi par le médecin.

Les craintes de celui-ci sont fondées, puisque trois mois plus tard madame O. revient le voir pour récidive douloureuse avec impotence fonctionnelle. Un certificat de rechute est établi par le médecin traitant assorti d'un arrêt de travail d'un mois.

### **Que ce serait-il passé si le médecin n'avait pas prévu la rechute ? Quand est-il de la présomption d'imputabilité ?**

Il est possible de faire un certificat de rechute quelle que soit la conclusion du certificat final. Cependant, il n'y a plus alors de présomption d'imputabilité : une expertise aurait été nécessaire pour apporter la preuve du lien entre l'altération secondaire de l'état de santé et la pathologie professionnelle initialement reconnue.

En cas de maladie professionnelle ou accident du travail, les indemnités journalières sont de 60 % pour les 28 premiers jours, puis 80 % pour les jours suivants, au lieu de 50 % en maladie.

*Malheureusement, l'état de santé de madame O. ne s'améliore pas, l'arrêt est prolongé de mois en mois. Madame O. est convoquée par le médecin conseil.*

### **Quel est le but du médecin conseil ?**

Il va contrôler le bien-fondé de l'arrêt de travail, et envisager l'avenir en cherchant à apprécier le retentissement fonctionnel de la pathologie déclarée. En effet, au-delà de six mois, il s'agit d'un arrêt de travail longue durée accordé que si un retour au travail est envisagé. Le médecin conseil pourra déclarer l'aptitude ou l'inaptitude au travail, ou bien accorder l'arrêt de travail de longue durée en attente de la stabilisation.

*Le médecin conseil accorde l'arrêt de travail de longue durée dans l'espoir d'un retour au plein emploi. Quelques temps après, un mi-temps thérapeutique est proposé de par la stabilisation de l'état de madame O.*

### **Qu'est-ce que le mi-temps thérapeutique ? Qui l'accorde ? Qui l'organise ? Qui paye ?**

Il s'agit d'une reprise à temps partiel, quel que soit le temps hebdomadaire initialement travaillé. Il peut donc s'agir d'un tiers, voire d'un quart temps, dont la durée et les conditions sont définies par le médecin traitant avec l'accord du médecin conseil. L'employeur est alors libre de l'accepter ou non. Le retour est organisé avec l'aide du médecin du travail, malheureusement les postes ne sont pas toujours adaptables à un temps partiel.

La victime touche le salaire correspondant à son temps de travail et un complément versé par l'Assurance maladie lui permettant d'avoir l'équivalent de ses indemnités journalières.

*Peu après son retour à l'emploi, madame O. présente de nouveau une symptomatologie douloureuse : un arrêt de travail complet s'avère nécessaire. Une scintigraphie met en évidence une algodystrophie du membre supérieur droit.*

### **S'agit t'il d'une rechute ? Quel certificat remplit le médecin généraliste ?**

Il ne s'agit pas d'une rechute : en effet, aucun certificat final n'a encore été fait. Le médecin se contente donc d'établir un certificat de prolongation de soins assorti d'un arrêt de travail.

*Les arrêts se poursuivent. Un an après, le médecin conseil met un terme à l'arrêt de travail, la situation étant stabilisée, et suggère à madame O. de faire les démarches pour la reconnaissance de travailleur handicapé.*

### **Qui demande la reconnaissance de travailleur handicapé ? Comment ?**

C'est à la victime de demander l'examen de son cas par la COTOREP. Elle doit remplir un dossier comprenant un formulaire médical, rempli par son médecin.

*Le médecin traitant remplit le certificat de la COTOREP et le certificat final assorti d'un arrêt de travail jusqu'à la date d'obtention du rendez-vous avec son médecin du travail afin que soit prononcé l'inaptitude au poste.*

### **Quels sont les délais ? Qui va payer ?**

Le médecin du travail doit voir la victime après la fin de l'arrêt de travail, avant qu'elle ne retourne à son poste pour prononcer sur l'aptitude au poste. S'il la déclare inapte au poste, il a au minimum quinze jours pour lui trouver un autre poste au sein de l'entreprise ; au-delà de ce délai, il peut déclarer la victime inapte à tous les postes, auquel cas elle est automatiquement licenciée.

A compter de la fin de l'arrêt de travail, les indemnités journalières sont suspendues. La victime ne touche pas de salaire comme elle ne reprend pas son travail, d'où un délai de carence si le rendez-vous avec le médecin du travail n'est pas anticipé. Dans tous les cas, les quinze journées de battement entre l'inaptitude au poste et l'inaptitude à tous les postes ne sont pas indemnisées ni payées.

*L'inaptitude à son poste est prononcée et un reclassement au sein de l'entreprise est envisagé sur un poste informatique, madame O. ayant un diplôme d'instituteur du Laos. Là, le médecin traitant s'oppose à la reprise sur un poste qui mettrait en jeu les poignets de madame O., et l'inaptitude définitive est prononcée.*

Dans ce cas précis, on peut s'interroger sur les intentions de l'employeur qui propose à madame O. un poste pour lequel elle n'avait aucune qualification. Mais la tendinopathie a permis au médecin traitant de couper court à la proposition sans mettre madame O. en danger de licenciement pour refus de poste ou alors par la suite pour faute.

Le licenciement est alors automatique : les indemnités de licenciement sont majorées du fait de l'inaptitude après une maladie professionnelle. Madame O. va toucher également une rente proportionnelle au taux d'Incapacité Partielle Permanente (IPP) prononcé par un expert.

*La caisse accorde 8 % d'IPP, ce qui se traduit par un capital évalué à 800 €.*

### Peut-on contester ?

Oui, dans les deux mois qui suivent la notification de la rente. La victime peut se faire accompagner par la personne de son choix (médecin, avocat) au Tribunal de Contentieux de l'Incapacité (TCI)

*Le médecin l'accompagne et fait valoir les séquelles d'algodystrophie qui, dans leur forme mineure sans trouble trophique, sans impotence fonctionnelle, sans troubles neurologiques, relèvent d'un barème de 10 à 20 %. De plus, Madame O. a perdu son*

*emploi. Le taux retenu est de 10 % qui octroie à madame O. une rente trimestrielle de 200 € qu'elle touchera pendant tout son parcours professionnel.*

Au dessus d'un taux d'IPP de 10 %, les rentes sont versées trimestriellement ; pour un taux d'IPP inférieur à 50 %, la rente touchée par la victime doit être divisée par deux (ici 5 %), les pourcentages au dessus de 50 % sont multipliés par 1,5 (pour 60 % d'IPP, rente de 25 + 15 = 40 %).

### La victime peut-elle faire une demande d'invalidité au titre de la maladie ?

Lorsqu'on bénéficie d'une rente professionnelle, on ne peut s'en prévaloir pour bénéficier de l'invalidité au titre de la maladie : madame O. ici ne pourrait pas, de par ses autres pathologies, justifier d'une invalidité. De plus, même si, au pire des cas, elle avait pu justifier d'une invalidité de 2<sup>e</sup> catégorie, celle-ci s'élèverait à 50 % de son salaire, aussi son intérêt serait de toucher le chômage, tant qu'il est plus avantageux.

*Madame O. a pu bénéficier d'un bilan de compétence par la COTOREP et trouver par la suite un poste de « maîtresse de maison » dans un foyer d'handicapés.*

On voit à travers ce cas que chaque étape a ses enjeux. L'importance de l'accompagnement du médecin traitant est essentielle à travers tous les méandres de l'administration, dans le respect des souhaits de la personne. Il en va de la situation sociale de la personne et donc de sa famille, de ses enfants à charge, et de la reconnaissance du préjudice corporel tout en préservant une autre projection dans le temps. Mais on voit que les indemnités, quelles qu'elles soient, sont toujours proportionnelles aux salaires antérieurs de la personne (et au nombre d'années cotisées) et que leurs montants ne permettent pas de survivre.

### Bibliographie

*Accidents du travail et maladies professionnelles, Alain Harlag, Edition 2000.*

## Entretien avec Denis Mukwege

Gynécologue obstétricien,  
spécialisé dans la reconstruction  
d'appareil génital,  
directeur de l'hôpital de Panzi

L'AMI intervient depuis juin 2001 au Sud Kivu, à l'Est de la République démocratique du Congo. Les conflits permanents qui sévissent dans cette région ruinent totalement son système de santé. Parallèlement, une recrudescence des épidémies telles que le virus du Sida, la malaria, le paludisme et la tuberculose a été constatée.

L'AMI soutient 47 centres de santé au Sud Kivu. Elle a négocié avec ces structures une baisse des tarifs des soins médicaux et en échange les approvisionne en médicaments. L'AMI a également mis en place des programmes gratuits pour les bénéficiaires, tels que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge des victimes de violences sexuelles. Certaines des 1 200 victimes de violences sexuelles prises en charge par l'AMI sont dans un état de santé catastrophique tel qu'elles sont transférées à l'hôpital de Panzi.

### AMI : Pouvez-vous parler des violences sexuelles au Kivu ?

**Denis Mukwege** : Gynécologue-obstétricien depuis quatre ans, je m'occupe de femmes victimes de violences sexuelles avec des lésions génitales graves, qui me sont adressées par les médecins d'AMI.

C'est un véritable drame que connaît le Sud Kivu depuis plusieurs années. Malheureusement, les victimes avaient peur de leur bourreau et ne se présentaient pas facilement à l'hôpital. En 2000, nous avons effectué la première prise en charge d'une victime de violences sexuelles qui venait de Baraka. Cette

jeune personne, après avoir été violée par des hommes en uniforme, a subi des atrocités jusqu'à la destruction complète de son appareil génital par une arme à feu. A Baraka, on ne pouvait pas s'en occuper. On l'a donc transférée à Uvira. Sa prise en charge n'était pas possible là-bas non plus, car elle avait une destruction de la vessie, du vagin et du rectum. Nous l'avons accueillie à Bukavu et depuis les cas similaires se sont multipliés. Cette année, nous avons comptabilisé plus de 2 000 femmes prises en charge sur le plan chirurgical et médical. Toutes ces femmes ont été victimes de violences sexuelles dans des conditions particulières, mais toutes ont besoin d'être soutenues. Nous travaillons en étroite collaboration avec l'AMI : quand ses équipes diagnostiquent des femmes souffrant de lésions génitales qui nécessitent une chirurgie gynécologique, ces malades sont transférées ici. Notre collaboration en faveur de ces victimes est véritablement fructueuse.

### Dans quel état arrivent les femmes et avec quelles lésions ?

Au début de la prise en charge, toutes les femmes violées sont animées par le même sentiment : celui d'être abandonnées et seules au monde. Elles se sentent abandonnées, tout d'abord par leur mari qui sont les premiers à les quitter, puis en dernier lieu par leur mère quand celle-ci est encore en vie. Comme elles ont souvent des lésions urinaires et digestives, leur entourage ne supporte plus leurs odeurs. Leur communauté les considère comme des pestiférées. La première chose que nous faisons ici est de les déculpabiliser et de leur montrer qu'on les aime. Lorsqu'elles ressentent cet amour, elles reprennent confiance en elles et retrouvent l'envie de vivre. C'est seulement à ce moment, lorsque leur état mental s'améliore, que le traitement des lésions anatomo-

# Violences sexuelles au Kivu

Aide Médicale Internationale  
119, rue des Amandiers  
75020 Paris  
Tél. : 01 46 36 04 04  
Fax : 01 46 36 66 10  
E-mail : [info@amifrance.org](mailto:info@amifrance.org)  
<http://www.amifrance.org>

miques peut être entamé. Nous rencontrons plusieurs types de lésions : certaines sont directement liées à la violence sexuelle, mais d'autres sont dues à l'utilisation d'armes blanches, d'armes à feu ou d'objets contendants. Nous recevons également des jeunes filles ou des enfants de 12, 13 ou 14 ans qui sont enceintes. Elles se retrouvent en pleine brousse sans assistance, elles sont mineures et souvent incapables d'accoucher seules. Lors des accouchements, quand elles survivent, elles se retrouvent avec des lésions graves dues à la dystocie. Ces lésions sont souvent des fistules vésico-vaginales ou des fistules recto-vaginales. En fait, lorsqu'elles arrivent, nous essayons de les prendre en charge sur tous les plans : psychosocial puis enfin chirurgical (cette chirurgie n'est pas toujours facile).

#### **Pourquoi ces femmes restent-elles longtemps à l'hôpital ?**

Ces femmes viennent en état de malnutrition, cela est lié à leur état. Si les lésions sont récentes, on ne peut pas les opérer : il faut attendre environ trois mois que les lésions cicatrisent pour débiter la chirurgie de reconstruction. Nous désinfectons, nous les déparasitons, nous les nourrissons comme il faut et nous leur apportons, bien sûr, un appui psychologique.

#### **Comment s'organise la vie de ces femmes à l'hôpital ?**

Quand elles viennent pour un mois ou plus, une équipe d'assistantes sociales accueillent et écoutent les femmes. En fonction de leurs problèmes, elles franchissent plusieurs étapes à travers des séances successives qui leur permettent de s'exprimer pleinement, de vider leur peine. Quand nous avons des cas compliqués qui nécessitent une prise en charge plus approfondie, un psychologue qui travaille avec les assistantes sociales aide ces femmes afin qu'elles puissent se sentir capables de se battre, d'aller de l'avant et de recommencer leur vie. Cela est très important. Après cette étape, normalement, je fais un examen gynécologique pour évaluer les lésions et voir l'ensemble de l'appareil génital, pour me faire une idée de ce qui a

été détruit, de l'intervention qu'on pourra envisager. Nous faisons une série d'examen complémentaires, parmi lesquels le test VIH, avec leur accord. 99 % d'entre elles le demandent avant même que nous leur propositions. Elles sont contentes de notre prise en charge car, du fait du viol, elles pensent toutes être infectées. De ce fait, nous leur faisons ce test, mais aussi le test de la syphilis, un examen cytot bactériologique des urines, un examen des selles pour détecter les parasites. Et à ce moment, si un traitement est nécessaire, il est conduit par notre équipe d'infirmières. Pendant cette période, les femmes peuvent mener des activités à l'hôpital, telles que tricot, coupe-couture et alphabétisation, qui leur seront utiles une fois retournées dans leur village. Elles peuvent apprendre aussi à faire du pain ou des bonbons. Pendant cette période de latence, elles sont occupées à faire ces petites activités manuelles qui les aident et qui leur permettent d'attendre l'intervention chirurgicale.

#### **Le message que vous adressez à toutes ces victimes dans le monde ?**

Je pense que les victimes de violences sexuelles devraient tout d'abord ne pas culpabiliser et trouver des appuis pour avoir envie de reprendre goût à la vie.

Nous devons les aider à pouvoir reprendre une vie normale. Je dois dire que la communauté internationale, que nous sommes tous en fait, devrait lutter contre ces violences faites aux femmes. Je trouve horrible que se soient les femmes qui paient un lourd tribut en subissant non seulement des violences sexuelles, mais en plus des mutilations lorsqu'il y a des guerres d'intérêts économiques. Je fais appel à tous les gouvernements pour prendre les mesures qui s'imposent pour faire arrêter ce type de pratiques pendant les guerres, que ce soit au Congo ou ailleurs. Merci à tous.

*Propos recueillis par Bernadette, infirmière à l'AMI et retranscrits par Chantal Aubert-Fourmy, secrétaire générale de l'AMI*

Jean-Pierre  
Lellouche

Médecin pédiatre

L'histoire se déroule à l'étranger, dans un pays européen. Un enfant de neuf mois est hospitalisé pour diarrhée, vomissement et déshydratation. Il est perfusé et, trois jours plus tard, il sortira guéri. Ce n'est donc pas une histoire dramatique. C'est une histoire banale qui nous dit pourtant quelque chose de ce qui se passe souvent dans les hôpitaux (heureusement, cela concerne un pays étranger et pas la France).

L'enfant est donc hospitalisé et la perfusion coule à côté, on l'arrête et cela impressionne les parents qui avaient ressenti la perfusion comme indispensable et salvatrice. Mais là, elle est stoppée et les discours divergent. Une personne dit qu'il faut donner à boire beaucoup, le plus possible, mais une autre dit que si l'enfant boit trop, il aura des selles liquides et ce ne sera pas bien. La mère a été autorisée à rester la nuit à l'hôpital et c'est à elle qu'incombe la tâche de donner à boire beaucoup (lui a dit quelqu'un), mais pas trop (lui a dit quelqu'un d'autre). Elle a envie de donner beaucoup et quand son enfant réclame, elle en est heureuse et ne s' imagine pas le limitant, alors qu'il est en manque. Mais quand son enfant émet une selle liquide, elle se dit qu'elle a peut-être donné trop de liquides et elle s'en veut.

L'enfant va mieux et sort et quelques jours plus tard. Revenus en France, les parents me consultent pour vérifier que tout va bien, et peut-être surtout pour me raconter ce qu'ils ont vécu.

# Déshydratation

Ils insistent surtout sur le manque d'information. Leur enfant pesait 8 700 grammes quelques jours avant l'hospitalisation et 8 200 grammes lors de l'hospitalisation. Il s'agissait donc d'une perte de poids notable, mais pas dramatique, ni même a priori fortement préoccupante. Dans ces circonstances, il n'est pas sûr que la réhydratation par voie veineuse fût indispensable. Ils affirment que personne ne leur a donné une information leur permettant d'avoir un regard un peu plus objectif sur le pronostic.

Quand la perfusion a été arrêtée, ils ont vécu cet incident comme une catastrophe, là encore personne ne leur a dit que la réhydratation par voie orale avait très largement fait ses preuves. Puis la mère a été utilisée et le personnel s'est reposé sur elle, tout en lui donnant des messages flous et contradictoires.

Et les parents, furieux contre la médecine telle qu'ils l'ont vue à l'œuvre dans ce pays étranger, me disent : « On aurait pu nous informer, nous donner quelques notions générales, au besoin nous donner une note écrite de une ou deux pages nous informant de ce qu'est une déshydratation. » Et puis, ils sont très étonnés que dans un même service hospitalier, des personnes qui ne se sont pas présentées, et dont ils ne savent pas quelles étaient les attributions, aient pu leur donner des directives aussi différentes.

Les parents pensent que tout cela est très imparfait et qu'il y aurait des progrès à faire. Je pense comme eux.

Ils pensent aussi que cela n'aurait certainement jamais pu avoir lieu en France et là, je ne suis pas sûr de penser comme eux.

PS : Comme certains de vous l'ont certainement compris, l'histoire ne se déroule pas à l'étranger, mais dans une ville de France qui a beaucoup souffert lors du débarquement allié en Normandie.

# Nous avons lu pour vous

**Le ministère de la Santé et l'AVRE (Association pour les victimes de la répression en exil) ont édité une brochure *Le praticien face à une victime de torture*.**

Cette brochure est disponible sur simple demande à l'AVRE et il faut absolument ne pas hésiter à la demander.

Il y a deux façons de lire cette brochure et il faut les pratiquer toutes deux.

La première façon est de lire cette brochure comme un document d'information et de formation. Et on apprend alors beaucoup de choses. Citons en vrac, sans prétendre à l'exhaustivité :

- 132 pays pratiquent la torture et la moitié le font de façon courante.
- Le silence qui entoure la torture ne fait qu'en pérenniser les effets. Silence de celui qui a vécu une atteinte majeure à sa dignité et qui éprouve un mélange de honte, de stupeur et d'incompréhension d'avoir pu franchir ce point de rupture, voulu par les tortionnaires, où l'on ne se reconnaît plus soi-même comme un être humain.
- Une enquête auprès de survivants de camps de concentration nazis a révélé que 60 % des survivants ont eu la sensation de n'être ni entendus, ni même pour certains écoutés lorsqu'ils évoquaient, devant un médecin, leur séjour là-bas.
- Les séquelles psychiques qui réalisent des états de stress post-traumatiques sont particulièrement bien décrites et l'auteur insiste bien sur la « cruauté intentionnelle d'un agresseur » dont les victimes ont « croisé le regard » et sur « l'intention délibérée de faire souffrir et d'humilier ».

Mais il y a aussi une deuxième façon. Elle consiste à ne lire que quelques fragments, quelques phrases, parfois même quelques mots et à se laisser aller à penser. Que veut dire Paul Ricœur quand il dit : « La victime de torture a honte de faire l'aveu non pas seulement de sa peur de ses cris, de ses supplications, mais de cela même dont il a souffert... » ? Et que penser de ce que dit Abraham Serfaty : « Le monde de la torture est un monde tellement inhumain qu'il en devient inimaginable pour le commun des mortels (...). Cette destruction du corps, cet avilissement dans l'ignoble, ce déchirement de tout l'être dans sa souffrance sans limites, ne peuvent être ressentis à travers une description qui sera toujours pour le lecteur abstraite, irréelle. »

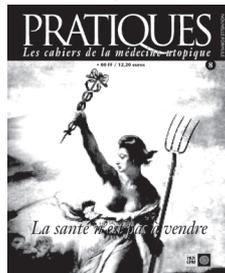
Le mot « dignité » est présent dès la première ligne de la citation de la Charte européenne des Droits de l'Homme placée en exergue de cette brochure. Il est aussi présent dans la première ligne de la préface du ministre Philippe Douste-Blazy reprenant la Déclaration universelle des Droits de l'Homme. C'est en effet fondamentalement de la dignité de l'être humain dont il est question dans cette brochure très riche et très utile.

Jean-Pierre Lellouche

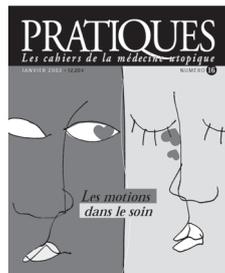
**Association pour les Victimes  
de la Répression en Exil**  
1-3, allée du Tertre  
92000 Nanterre  
Tél. : 01 41 91 72 80  
Fax : 01 47 25 35 86  
[www.avre.org](http://www.avre.org)



**n° 1 : La société du gène**



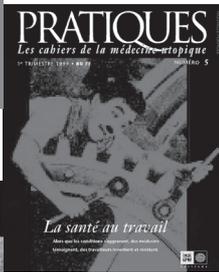
**n° 8 : La santé n'est pas à vendre**



**n° 16 : Les émotions dans le soin (retirage du dossier)**



**n° 23 : Ils vont tuer la Sécu !**



**n° 5 : La santé au travail**



**n° 12 : L'information et le patient**



**n° 20 : La santé des femmes : tout reste à faire**



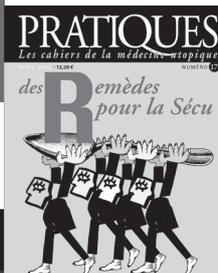
**n° 27 : Faire autrement pour soigner**



**n° 2 : La souffrance psychique**



**n° 9 : L'hôpital en crise**



**n° 17 : Des remèdes pour la Sécu**



**n° 24 : Le métier de médecin généraliste**



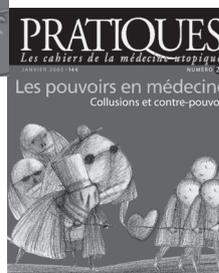
**n° 6 : Sexe et médecine**



**n° 13 : La médecine et l'argent**



**n° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres**



**n° 28 : Les pouvoirs en médecine**



**n° 3 : Penser la violence**



**n° 10 : Folle psychiatrie**



**n° 18 : Quels savoirs pour soigner ?**



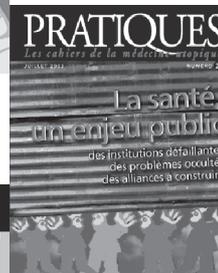
**n° 25 : Hold-up sur nos assiettes**



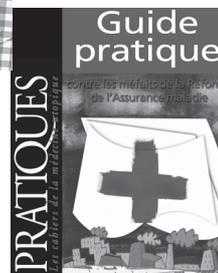
**n° 7 : La responsabilité du médecin**



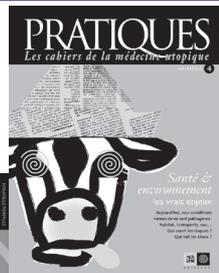
**n° 14-15 : Profession : infirmière**



**n° 22 : La santé, un enjeu public**



**n° 29 : Contre les méfaits de la Réforme de l'Assurance maladie**



**n° 4 : Santé et environnement**



**n° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort**



**n° 19 : La vieillesse, une maladie ?**



**n° 26 : L'exil et l'accueil en médecine**

- Une revue indépendante avec un dossier et des rubriques
- Un ancrage dans la pratique
- Une ouverture pluridisciplinaire

- Un souci de la protection sociale
- Une analyse du cadre de l'exercice professionnel
- Une reconnaissance de l'articulation du relationnel et du social

prochain numéro : n° 32 : Le temps de la parole



n° 30 : Les sens  
au cœur du soin

## A B O N N E Z - V O U S A P R A T I Q U E S

Vous lisez *Pratiques* parfois, souvent, toujours. *Pratiques* vous surprend, vous stimule, vous reconforte.

Vous avez besoin d'une revue qui aide à discerner les enjeux actuels de la société et de la médecine.

Vous souhaitez ancrer votre pratique dans une réflexion qui allie l'individuel et le collectif, qui s'appuie sur les sciences humaines et se préoccupe de l'évolution de notre société.

*Pratiques* a besoin de vous !

Vous lisez *Pratiques* de temps en temps : abonnez-vous !

Vous êtes abonné : faites abonner vos amis. Faites connaître *Pratiques* : donnez-nous les coordonnées de lecteurs potentiels auprès de qui nous pourrions promouvoir la revue.

Merci et à bientôt,

La rédaction

*Pratiques*, revue sans publicité, ne vit que par ses abonnés.

## B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

- |                          |  |                                |
|--------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abonnement un an   | <b>48 euros</b>                |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement deux ans  | <b>87 euros</b>                |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement jeune médecin<br>(étudiant, remplaçant, installé de moins<br>de trois ans et demandeur d'emploi)    | <b>35 euros</b>                |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement à durée libre par<br>prélèvements automatiques (joindre<br>RIB + autorisation de prélèvement)       | <b>12 euros/<br/>trimestre</b> |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité<br>(14 € + 1,50 € de frais d'envoi) :<br>– nombre d'exemplaires :<br>– intitulé du numéro : | <b>15,50 euros/n°</b>          |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité numéro<br>double 14/15 (16,80 € + 1,50 €)   | <b>18,30 euros</b>             |

nom \_\_\_\_\_

prénom \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

téléphone \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

profession \_\_\_\_\_

Chèque à l'ordre de *Pratiques* à envoyer :  
52, rue Gallieni - 92240 Malakoff - France  
Tél. : 01 46 57 85 85 • fax : 01 46 57 08 60

e-mail : [revuepratiques@free.fr](mailto:revuepratiques@free.fr)

site : <http://www.smg-pratiques.info>

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

## **PRATIQUES n° 31**

Justice et médecine  
Revue trimestrielle

### *Rédaction et abonnements :*

tél. : 01 46 57 85 85 • fax. : 01 46 57 08 60  
e-mail : revuepratiques@free.fr  
site internet : <http://www.smg-pratiques.info>  
52, rue Gallieni, 92240 Malakoff • France

### *Directeur de la publication :* Marie Kayser

*Rédactrice en chef :* Martine Devries

*Secrétaire de rédaction :* Marie-Odile Herter

*Secrétariat, relations presse :* Yolande Rousseau,  
Marie-Odile Herter

### *Responsable de diffusion :* Dominique Tavé

### *Comité de rédaction :* Geneviève Barbier ; Christian

Bonnaud ; Jean-Luc Boussard ; Martine Devries ;

Patrick Dubreil ; Françoise Ducos ; Monique

Fontaine ; Marie Kayser ; Sylvie Lagabrielle ;

Martine Lalande ; Evelyne Malaterre ; Elisabeth

Maurel-Arrighi ; Didier Ménard ; Patrice Muller ;  
Anne-Marie Pabois ; Elisabeth Pénide ; Anne  
Perraut-Soliveres ; Sylvie Simon ; Dominique Tavé ;  
Christiane Vollaire

*Correspondants :* Denis Labayle ; Noëlle Lasne ;  
Jean-Pierre Lellouche ; Monique Sicard

*Dessins :* Hélène Maurel

*Couverture :* Eloi Valat

*Imprimerie :* J'Imprim, 26, rue Drouet-Peupion,  
92240 Malakoff, tél. : 01 47 36 21 41  
e-mail : [j.imprime@wanadoo.fr](mailto:j.imprime@wanadoo.fr)

Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2005  
commission paritaire n° 0308G85786  
ISSN 1161-3726

*Publié avec le concours du* Fonds de promotion de  
l'information médicale et médico-économique  
(FOPIM)

La revue *Pratiques* reçoit volontiers les courriers, textes et travaux d'auteurs se rapportant aux thèmes de réflexion abordés dans les numéros. La revue n'est pas responsable des manuscrits qui lui sont adressés. Les textes et travaux qui ne sont pas retenus sont restitués sur simple demande.

Les titres, sous-titres, résumés et dessins sont de la responsabilité de la rédaction.

B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

# PRATIQUES

*Les cahiers de la médecine utopique*