

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

35

DOSSIER

*Espaces, mouvements
et territoires du soin*

S O M M A I R E

Dossier **Espaces, mouvements et territoires du soin 3**

ESPÈCES D'ESPACES : CEUX QUI SOIGNENT, CEUX QUI RENDENT MALADE	
Du point de vue des patients	4 <i>Michel Bourdon-Giesemann, Jean Bescós, Yolande Rousseau, Anne-Marie Pabois</i>
Du côté des soignants	6 <i>Patrice Muller, Marina Jamet, Didier Ménard</i>
Un hôpital où il fait bon vivre	9 <i>Anne Perraut Soliveres</i>
Hôpital de Bondy, un esprit différent	11 <i>Yveline Frilay</i>
La commande hospitalière	13 <i>Yann Marie</i>
Quand le domicile devient lieu de soin	17 <i>Anne Perraut Soliveres, Dominique Cuchi</i>
Ecologie mentale et « nouveaux territoires de l'art »	18 <i>Valérie Marange</i>
Franco Basaglia, celui qui a fermé l'asile	21 <i>Mario Colucci, Pierangelo Di Vittorio</i>
Docteur « SROS » et Mister « T2A » : le territoire assassiné	29 <i>Jacques Richaud</i>
« SROS III » : un atout ou une menace pour la santé publique ?	33 <i>Henri Dubois</i>

ESPACE-TEMPS, ENGLUEMENTS, DÉPLACEMENTS, DÉTERRITORIALISATION	
Secteur psychiatrique et territoire de santé :	
le marché avance masqué	37 <i>Claire Gekiere</i>
Verticalités et horizontalités ou l'institutionnel et le réseau	40 <i>Marie-Jeanne Martin</i>
Oser sortir	42 <i>Suzanne Kilichek, Valérie Genti, Colette Lecorre, Claude-André Lepresle</i>
Rouge ou blanc	45 <i>Christian Jouanolou</i>
L'Eure, désert médical, un avenir inéluctable	47 <i>Monique Fontaine</i>
Le nouveau capitalisme redessine les espaces	50 <i>Yannick Sencébé</i>
Internet, une aide pour (se) soigner	52 <i>Une patiente</i>
Ils ont déshumanisé ma Sécu	54 <i>Jeanne Mare</i>
Les sans territoire de vie	55 <i>Patrick Dubreil</i>
Ce que signifie l'inégalité territoriale	56 <i>Christiane Voltaire</i>

DES LIEUX POUR DE NOUVEAUX DIALOGUES, DE NOUVELLES CIRCULATIONS	
La microstructure médicale	60 <i>Georges-Henri Melenotte, Alexandre Feltz</i>
La maison de santé amandinoise	62 <i>Michel Serin, Frédéric Jacquetin</i>
Le RH du mardi soir	65 <i>Patrice Muller</i>
Les Conseils de quartier	66 <i>Yveline Frilay</i>
Paroles de malades andalous	68 <i>Bernard Senet</i>
Faisons un rêve...	69 <i>Bernard Meslé</i>
Un enjeu géopolitique majeur : le niveau local	70 <i>Patrice Muller</i>

Rubriques

Edito	71	
Actu politico-médicale : Au revoir les enfants ?	72	<i>Jacques Richaud</i>
Dates à retenir sur vos agendas	73	
Pour un projet alternatif du système de santé	74	<i>Syndicat de la Médecine Générale</i>
Santé publique : Les centres de santé en Andalousie	83	<i>Daniel Coutant</i>
La massification	87	<i>Antonio Escolar Pujolar</i>
Fin de vie : Aider à mourir	88	<i>Bernard Senet</i>
Pétition : Nous soignants, avons en conscience, aidé médicalement des patients à mourir humainement	90	
Le médicament : Du nouveau en substitution	91	<i>Martine Devries</i>
Nous avons lu pour vous	92	<i>Marie Kayser, Martine Devries</i>
Courrier des lecteurs	93	<i>Guillaume Marien</i>

D O S S I E R

Ce numéro veut interroger le soin dans la dimension concrète des lieux qui le conditionnent et permettent sa réalisation. Lieux architecturaux, lieux géographiques, mais aussi passages d'un lieu à un autre, mouvements dynamiques internes ou externes générés par les choix de spatialisation. En interrogeant l'espace, on affronte plusieurs problématiques qui mettent en évidence les difficultés ou les facilitations, et par là même, les comportements humains, sociaux et politiques auxquels la médecine est confrontée à partir de son inscription géographique dans des lieux.

Une première partie concernera l'espace habitable du soin, ce qui, dans l'environnement du lieu de soin, dans son architecture, dans la délimitation fonctionnelle des espaces, dans les modes de circulation qu'ils permettent, ou dans la pratique du soin à domicile, peut rendre l'entreprise de soigner véritablement thérapeutique ou à l'inverse pathogène. Aujourd'hui, la tendance lourde, pour des raisons de rendement gestionnaire, est à la concentration des lieux de soin et donc à un gigantisme hospitalier contredit pourtant systématiquement par la demande des usagers de lieux à échelle humaine et d'une médecine de proximité. L'expérience italienne de Franco Basaglia en psychiatrie a permis de montrer que toute une dynamique thérapeutique alternative n'a pu se faire que lorsque la question de la suppression des asiles, lieux de relégation et d'enfermement, a pu être posée et mise en application.

Une seconde partie concernera la question de l'espace-temps, c'est-à-dire du mouvement et du territoire. Le territoire est un espace sociopolitique, qui identifie une ère géographique à des responsabilités administratives et thérapeutiques. Là, s'opèrent des délimitations, des clivages ou s'ouvrent, au contraire, des possibilités de circulation et de communication. Les enjeux qui sont au cœur de cet espace de pouvoir peuvent donc, là encore, le rendre thérapeutique ou pathogène. La scène locale du soin peut ainsi générer des effets d'immobilisme. Un médecin généraliste est rivé à son cabinet, parce qu'économiquement dépendant de sa consultation, et manquant de ce fait de temps pour en sortir, rencontrer d'autres acteurs, se former ailleurs.

Se pose aussi la question d'une déterritorialisation en œuvre : délocalisation entraînée par la gestion informatique des dossiers, le télé-sécrétariat, l'Internet comme royaume du soin et de l'automédication, la mondialisation des flux en ressources humaines (soignants de l'Union européenne et de la zone hors U.E.), les flux migratoires de patients dus aux inégalités dans l'accès aux soins et les *no man's land* liés à la terreur administrative imposée aux « sans papiers ».

Enfin sera considéré le territoire local comme enjeu politique porteur de tous les espoirs et de tous les dangers. Espoirs pour ceux qui, comme nous, prônent le passage d'une médecine partant du soin pour intégrer le paradigme de la santé et les dangers présentés par ceux qui considèrent le territoire local comme une simple cible d'un pouvoir politique et administratif « haut placé » pour un quadrillage bio-médical de la population. Il s'agit ici d'aborder la responsabilisation des soignants et des patients sur leur propre territoire et l'institutionnalisation du débat au niveau local avec son corollaire : quels nouveaux lieux de débats à créer, dans quels espaces ?

Patrice Muller

Lieux d'accueil

Du point de vue des patients

On y étouffe, on y respire

Michel Bourdon-Giesemann - Patient

Le cabinet de mon médecin (ma doctoresse) est à la fois un espace vide et plein.

Mais il s'agit d'un état qui, pour le patient tenu de... patienter avec sa petite angoisse sur les bras, penche parfois du côté du trop-plein et/ou de la vacuité.

En quinze ans de fréquentations de médecins divers, je ne suis jamais parvenu à rompre un ennui qui n'existait pas en entrant chez eux.

La surabondance de magazines ineptes et la rareté de lectures stimulant la pensée nous incitent fortement à compter les mouches et les raies du papier peint. Les plus expérimentés tentent un petit yoga de cabinet : le vide en soi pour mieux combattre celui qui nous environne. Ne voulant pas être en reste, j'essaierai la prochaine fois de saluer l'araignée que j'ai au plafond en lui proposant les nouvelles mouches de la salle d'attente.

Il faut supposer que l'indélicatesse d'une partie de nos soignants ne contient aucune intention malveillante. La probable indifférence de ce qui est vécu hors de la pièce de consultation, dans ce *no man's land* non médicalisé, ni tout à fait dehors, ni tout à fait dedans, suffirait-elle à expliquer l'étalage des *Paris Match*, *Figaro Magazine*, *Auto Plus*, etc.

Le vide pour emplir un lieu neutre ? Hélas, cette indifférence peut confiner au mépris. Elle n'augure alors rien de bon quant à la disponibilité réelle du praticien (ce que les ergonomes de langue française appellent « l'écoute risquée »). Privé d'un moyen à peu près digne de penser (qui est

une façon d'utiliser son corps avant le véritable déshabillage), j'engage la conversation avec ma doctoresse dans un langage brumeux qui me fera peut-être passer pour un hypochondriaque.

Restons avec le corps. Si la salle d'attente est un sas faussement neutre où le corps est mis en difficulté, le cabinet à proprement parler mérite une nouvelle attention. Le bureau occupe une place qui dépasse celle du simple plan de travail. Il est aussi une barrière d'éloignement séparant corps et paroles du patient. Utilisé comme un moyen temporaire de se consacrer à l'écoute avant de toucher le corps, il peut permettre au médecin de s'éloigner pour mieux s'approcher. Le « corps à corps » permanent serait sans doute invivable.

J'ai cependant rencontré, pour les mêmes motifs, deux dermatologues dont l'utilisation du bureau, très significative, a joué un rôle déterminant dans ma façon de ressentir le soin et surtout de le poursuivre chez moi. La première ne s'est pas levée de son bureau, m'a rapidement regardé depuis son espace de confinement avant de me prescrire une crème, comme tant d'autres, manifestement fort peu intéressés par les liens entre les affections cutanées et leurs éventuelles causes internes (psychiques et digestives, notamment).

La seconde m'a accueilli immédiatement à l'écart de son bureau, près de la lumière naturelle, dans un vis-à-vis d'abord déconcertant. L'absence de limite supplémentaire semble avoir été chez elle le résultat d'un choix, tout comme l'a été ensuite sa

façon d'aborder mes maux : écoute attentive, absence de médicalisation immédiate des propos et du soin en général, reprise des termes employés par le patient afin d'en dégager le sens.

Je me pose et vous pose alors cette question : qu'est-ce qui fait que tel soignant se barricade, s'étouffe et étouffe cette libre parole du patient qui se délie dès lors que le corps trouve sa place, tandis que tel autre offre une « écoute risquée » à son patient dans un espace ouvert à la respiration ?

Salles d'attentes

Jean Bescós - Ecrivain, photographe, directeur artistique de la compagnie Solo ma non troppo

Métro Porte Saint-One, Hôpital B***, accueil aéroport : « Suivez la ligne jaune, elle conduit à la consultation d'U*** », couloirs, quatre pas à droite, deux pas et à gauche, sept pas devant, lever le nez, une porte, au fond un guichet – « S'il vous plaît, la consultation du Pr Viroute. » – « Prenez votre tour » – « Y'a longtemps à attendre ? » – « Vous verrez ! ». Salle rectangle bondée, des chaises le long des murs blancs-gris, sur un côté des portes, avec les noms des pontes et des demi-pontes, bruits, odeurs de compresses et d'anti-virus. Une porte s'ouvre : – « Madame Zigou », une femme se lève, une infirmière passe en coup de vent. Je m'assois, mon voisin lit *Ici et là, le magazine des gens heureux*. Je lui demande : – « Vous avez rendez-vous à quelle heure ? » Il me répond : « M'en parlez pas, j'attends mon tour depuis deux jours. »

Métro Saint-TeeShirt, Hôpital S***, accueil vitré : – « C'est le prochain bâtiment 3^e étage », grande allée d'arbres, à gauche, trois marches, portes d'entrée, ascenseur, écrit en gros « consultation d'U*** », larges couloirs sur le coté une salle carrée, fauteuils, plantes, lumière, silence, presque personne, je me demande si je ne me suis pas trompé, une infirmière passe : – « S'il vous plaît, j'ai rendez vous avec le Pr Membrane », – « C'est

bien là, attendez », trois minutes après une porte s'ouvre : – « Monsieur Patient », c'est moi.

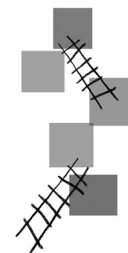
Métro Rambotal, Clinique X***, entrée chic et choc, salle d'attente avec patio, revues glacées au vinyle sur table signée, chaises de chez Stokh, aux mur des aquarelles à la mode, ici on doit être soigné dans de la soie, ici on vous demande d'abord si vous avez une mutuelle qui accepte les dépassements.

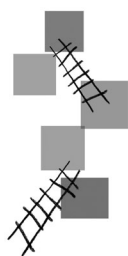
Métro Place Clanche, descendre la rue Ping, une fois passé la rue Ploc, « dring » et s'ouvre la porte d'entrée d'immeuble haussmannien, ombres feutrées, ascenseur hydraulique, grilles en fer forgé, cabine en bois et miroir pour penser, second « dring » – « dzzzt ! », la porte s'ouvre, couloir blanc, salle d'attente avec bibliothèque et œuvres de Sig Fronde, Kal Jong, etc., ici à chaque fois je suis seul, je ne croise jamais personne, on sent que sinon le drame serait complet, justement je suis là pour en parler... Chose curieuse, à l'étage consulte un planteur d'aiguilles non conventionné.

Une drôle de salle d'attente

Yolande Rousseau - Patiente

Une salle d'attente peut être autre chose qu'un lieu un peu solennel où on n'ose pas bouger et où on ne parle qu'à mi-voix. A la fin des années 70, deux jeunes médecins ouvrent un cabinet médical avec une salle d'attente claire, des affichettes au mur, des conseils écrits de leurs mains, un peu de désordre : humaine et vivante !!! Sous leur impulsion, elle deviendra un lieu de rencontres, d'informations, d'échanges entre soignants et soignés et entre patients eux-mêmes. L'association *Ça vous chatouille, ça vous gratouille* réunit les adhérents tous les deux mois environ autour d'un thème lié à la santé. Selon le sujet, un spécialiste est invité. Pour ne pas perdre toutes ces informations, Catherine et moi prenons des notes, éditons un petit livret qui est distribué aux adhérents. Chacun participe à sa façon. Drôle de salle d'attente où l'on vient alors que l'on n'est pas malade, mais d'où on ressort pourtant plus fort.





La ligne jaune

Anne-Marie Pabois - Médecin généraliste

« Reculez immédiatement. » Regards courroucés du guichetier et réprobateurs de la file d'attente : une ligne jaune matérialise, au sol, l'espace de confidentialité garanti à chaque citoyen. Un pas de fourmi en arrière, et le droit est sauf. Telles les

frontières françaises prétendues, au temps de Tchernobyl, inviolables par le nuage radioactif, ce territoire de trois pas de large est allègrement franchi par les ondes sonores. Mais la ligne est tracée, la loi est appliquée. Et dans la réalité ? Il suffit d'y croire.

Du côté des soignants

La cloison et la table ronde

Patrice Muller - Médecin généraliste

Je me souviens encore de ce médecin que j'avais remplacé à la fin de mes études. D'emblée, dès le premier patient, je m'étais senti à l'aise dans son cabinet. Deux éléments contribuaient à ce bien-être : la mince cloison séparant la partie où se trouvait la table d'examen marquant la frontière entre le patient dénudé horizontal pour l'examen physique et, de l'autre côté, le dialogue « vertical » encadrant l'avant et l'après examen corporel. Celui-ci se déroulait autour d'une table ronde avec un pied central. Mes allées et venues entre les deux parties du cabinet me permettant de respecter au mieux la pudeur de la personne lors de l'examen physique et la circularité du bureau m'autorisant, selon les besoins ou mon ressenti, à ajuster ma proximité vis-à-vis de la personne du face à face diamétral au quart proximal où nous pouvions être à côté l'un de l'autre.

L'espace de confidentialité

Marina Jamet - Pharmacien d'officine

Exprimer son mal-être en période difficile, interroger son pharmacien sur la sexualité, demander une contraception d'urgence, évoquer une maladie grave... Les patients ont souvent envie de se mettre un peu à l'écart de la file des clients de l'officine pour parler en toute discrétion

avec leur pharmacien, et discuter avec lui de questions sensibles.

Quelle que soit la taille de la pharmacie, une signalétique spécifique devrait indiquer de manière explicite aux patients la présence d'un espace dédié à ce dialogue confidentiel.

Des situations vécues

Elle a environ 14 ans, elle a eu un rapport non protégé et ne sait comment le dire... Cette demande de contraceptif d'urgence est l'occasion d'ouvrir le dialogue, mais pas forcément au comptoir, pas trop près de cette jeune femme justement qui vient chercher son traitement contre la stérilité...

Partir vers la grande bleue ou se mettre au vert quand on est sous traitement antirétroviral... Les yeux cherchent quelqu'un de réceptif pour en parler. Dans une officine rurale comme dans le quartier d'une grande ville, tout le monde se connaît. A chacun de savoir anticiper les situations délicates et de garder son sang-froid...

Juste à côté de l'adolescente, une petite mamie qui parle « trop fort » de son incontinence... Chaque patient doit être respecté et a droit à la même qualité d'écoute comme s'il était seul en face de vous.

Vu du côté des malades : Quelle relation ai-je avec mon pharmacien ? Quel soutien puis-je en

attendre ? Gardera-t-il le secret ? J'ai choisi mon pharmacien peut-être après avoir hésité entre plusieurs. J'ai confiance, il me respecte, je peux lui parler.

Le réglementaire

Le décret n° 200.259 du 21 mars 2000 publié au Journal Officiel du 23 mars 2000 a défini « les conditions minimales d'installation » des officines de pharmacie... « L'accueil de la clientèle et la dispensation des médicaments doivent pouvoir s'effectuer dans les conditions de confidentialité permettant la tenue d'une conversation à l'abri des tiers. »

L'espace de confidentialité peut être un comptoir à l'écart des autres, une ligne matérialisant au sol le début de la file d'attente, le bureau du pharmacien, un espace virtuel, par exemple aller au-devant du patient...

En résumé, cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet de recevoir isolément un patient, et d'établir un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité avec la discrétion que requiert le respect du secret professionnel (art R 4235-53 du Code de la santé publique).

Confidentialité-Confiance-Respect

Il semble que la confidentialité soit devenue une priorité lors de l'accueil des premiers malades du VIH.

Cependant, les professionnels de santé n'ont pas attendu l'apparition de ces pathologies pour proposer aux patients un dialogue à l'écart des autres, en toute discrétion. En effet, la pratique de notre métier implique naturellement une écoute attentive aux questions personnelles de tous les malades.

La confidentialité s'applique à tous les patients, pour tout acte de soin et de dispensation, quelle que soit la pathologie : physique ou mentale, lourde ou bénigne, aiguë ou chronique.

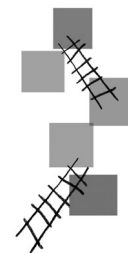
La confidentialité exige le respect du malade et la création d'un lien privilégié établissant une relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé.

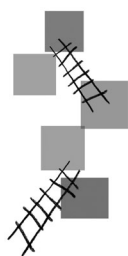
C'est aussi protéger la communication entre les différents acteurs de soin, préserver l'histoire

du patient et son parcours à l'hôpital et en ville.

Une pharmacie est un lieu privilégié d'échanges, d'informations et de conseils. A n'importe quelle heure de la journée, la porte est ouverte ; le malade est écouté, rassuré, orienté.

Un accueil de qualité doit répondre à cette demande et être assuré dans toutes les officines.





Le bureau de Fatima

Didier Ménard - Médecin généraliste

L'organisation d'un cabinet médical est à l'image de ses occupants. Le nôtre est situé au 7^e étage d'un bâtiment de la cité des Francs-Moisins à Saint-Denis, dans le département de la Seine-Saint-Denis. C'est un appartement F5 de 90 m². Il y a deux cabinets médicaux, nous sommes deux médecins généralistes, une salle d'attente, une pièce de jeux pour les enfants, une salle de bain transformée en salle de plâtre et petits soins et il y a le bureau de Fatima.

C'est le secrétariat, la plus petite pièce de l'appartement, c'est là où bat le cœur du cabinet médical. Un cabinet médical vit au rythme des consultations, et si la salle d'attente est un lieu de discussions parfois fort animées, où les personnes attendent parfois longuement leur tour, le bureau de Fatima est le lieu où d'autres personnes viennent pour trouver la solution à bien des problèmes. C'est là où les uns viennent chercher une aide pour remplir un document administratif, faire une photocopie, se faire traduire en langage normal une lettre de la CPAM et où les autres viennent exprimer leur douleur et leurs pleurs, ce qui n'est pas possible de faire dans la salle d'attente. Progressivement, ce petit bureau est devenu le lieu où des mots essentiels sont prononcés, où des futures négociations avec les médecins se préparent avec l'aide de la médiation de Fatima. C'est aussi dans ce bureau que nous les médecins venons « récupérer » quand l'intensité de la consultation nous a trop bousculés, quand l'émotion nous sub-

merge après l'annonce d'une mauvaise nouvelle ou au contraire quand nous avons envie de partager notre joie après un événement heureux. C'est aussi dans ce bureau que résonne la voix de la colère quand il faut se faire entendre par téléphone interposé, auprès d'une administration qui a spolié un droit d'un habitant de la cité, ce qui est malheureusement fréquent.

Dans ce bureau, il y a le centre névralgique de l'informatique, il y a les dossiers de la gestion du cabinet... il y a tout ce qui fait vivre le cabinet médical depuis 27 ans.

Le bureau de Fatima est aussi un lieu de soin. Car chaque fois qu'un espace, fut-il minuscule, devient un lieu de parole, il fabrique du soin.

Dans cet univers de béton où s'entassent des milliers de personnes, la vie collective a beaucoup de difficulté à s'exprimer. Chacun est envahi par sa problématique qui, pour l'essentiel, consiste à savoir comment faire pour conduire sa vie quand la fin du mois revient chaque jour de la semaine. Quand vivre le quotidien devient un exercice de funambule où la moindre difficulté supplémentaire risque de vous faire chuter. Alors ici et là se sont créés des lieux où se construit la relation d'aide. Ces lieux magiques faits pour autre chose et qui, par la présence de celui ou de celle qui l'occupe, deviennent des centres de ressources. C'est ainsi que l'officine du pharmacien, le bureau de la gardienne, les locaux des associations, se transforment en lieu d'échanges et d'expression de la vie.

Résumé : A l'heure où la folie des grandeurs entraîne les hommes à construire des monstres technologiques du soin persiste un lieu qui, de reconversions en améliorations, a su garder un ensemble de préoccupations déjà très présentes il y a plus d'un siècle. Laënnec lui-même mettait en avant l'influence de l'état psychique du patient sur la maladie « De toutes les causes de la tuberculose je n'en connais pas de plus constantes que les passions tristes, surtout lorsqu'elle sont profondes et prolongées ». Ainsi, la médecine moderne ferait bien de retrouver la mémoire, si riche, de son histoire.

Un hôpital où il fait bon vivre

La première fois que je pénétrai dans l'enceinte de l'hôpital de Bligny (1), à 32 kilomètres de Paris, j'avais rendez-vous avec le chef du personnel. Le mois de janvier avait givré les barrières de rondins qui ceignaient les abords de la petite route qui serpentait entre de grands cèdres centenaires, contournant trois bâtiments du début du siècle, les deux premiers construits en 1903 en belle pierre meulière (2) tout en longueur, épousant les déclivités naturelles du terrain, et le plus récent (1918) en brique rouge et blanche (3). La blancheur du givre donnait aux arbres et buissons cette lumière incomparable que seul l'hiver sait prêter au temps. Cet ancien sanatorium, construit à partir de dons, se trouvait au début de sa reconversion et rien n'était encore très défini de son avenir. Il restait encore une grande partie sanatoriale (deux cents lits) et la médecine qu'on commençait à pratiquer dans les services nouvellement créés ne ressemblait à rien de ce que j'avais connu avant. Il faut dire que nous étions dans les débuts de la chimiothérapie et que les balbutiements de la cancérologie n'étaient pas très engageants pour les soignants. Il n'y avait d'ailleurs pas foule de candidates infirmières pour cette spécialité dans laquelle je ne souhaitais pas travailler. Je sortais d'un service de réanimation chirurgicale cardio thoracique de l'Assistance Publique où j'avais appris l'essentiel des gestes techniques et postulai pour le petit service de réanimation médicale cardiologique. Je commençai pourtant par la cancérologie en attendant qu'un poste plus en rapport avec mon désir se libère. La nuit en cancérologie était encore moins valorisante que le jour, avec des effectifs drastiquement réduits. Je fus cependant irrémédiable-

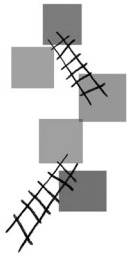
ment séduite par une atmosphère que j'aurais été bien en peine de définir, même si je mis longtemps à me sentir en sécurité, seule dans ces immenses couloirs jaunâtres à peine éclairés de lampes vacillantes. C'était il y a plus de trente ans.

Depuis, plusieurs reconversions et rénovations plus tard, si les rondins ont disparu, si le verger a fait place à une grande pelouse et si la ferme a cessé de produire des salades pour cultiver des fleurs, cet endroit singulier n'a rien perdu de sa beauté ni de son charme. Quelques poules, oies, canards et autres volatiles s'ébattent dans l'ancienne cour de la ferme pour le grand plaisir des promeneurs, sans compter les chèvres qui quémandent un peu de pain à qui passe à proximité de leur enclos. Les lapins se multiplient comme ils en ont le secret et peuplent ces lieux de maladie de leur insolente vitalité. Les quatre-vingt cinq hectares de forêt, habités de chevreuils, biches, renards et sangliers, continuent à abriter les bâtiments d'un autre âge qui, s'ils n'ont que peu changé de l'extérieur, règles architecturales obligent, se sont totalement adaptés aux exigences modernes de confort et aux progrès de la thérapeutique et de l'hygiène. Seuls, le laboratoire et la cuisine ont été construits dans une architecture d'aujourd'hui sans nuire pour autant à l'ambiance générale. Dans ces bâtiments de deux étages maximum, chaque fenêtre de chaque chambre, de chaque bureau ou salle de soins ouvre sur un paysage champêtre, laissant la lumière naturelle pénétrer à sa guise, ne laissant rien ignorer du temps qu'il fait. Les travaux de rénovation se sont effectués dans la droite ligne

Anne Perraut
Soliveres

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

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



des valeurs humanistes qui perdurent malgré les changements successifs de direction, de politique des soins et de recrutement.

On ne saurait trop dire de quelle alchimie procède cette persistance du souci du bon accueil et de l'attention aux personnes, mais il semble bien qu'elle contamine immédiatement, à de rares exceptions près, les nouveaux arrivants. Il est évident que l'environnement influe sur les compor-



Avec les aimables autorisations de publier de MM. Philippe Guérin, photographe, et Marc Pulik, médecin directeur de l'hôpital de Bligny

tements et que la beauté d'un lieu, sa tranquillité prédisposent favorablement à la réceptivité de l'esprit qui y règne.

En concevant les soins de manière à y associer le souci d'une vie quotidienne de qualité, en privilégiant la culture et le divertissement, le traitement des tuberculeux a façonné une idéologie soignante qui est restée accrochée au fronton de l'établissement jusqu'à persister dans le choix des pathologies prises en charge. Après la tuberculose, c'est le cancer qui a trouvé refuge en ces lieux, suivis du sida à des époques, pas si lointaines, où ces pathologies effrayaient plus qu'elles n'attiraient et où peu de personnes voulaient s'en

occuper. Quelque chose de cette « spécificité » du lieu se manifeste encore par une volonté, certes de plus en plus problématique eu égard aux nouveaux modes de financement, d'accueillir certains patients, polypathologiques, dont la complexité des cas rebute les services spécialisés et dont le coût rend la prise en charge de plus en plus aléatoire. Cette particularité nous rend précieux pour les SAMU qui ne savent que faire de ces patients si peu attrayants...

Le théâtre, bâtiment des années trente qui a été rénové et fonctionne en partenariat avec les ministères de la Culture et de la Santé, est une des preuves les plus flagrantes que soigner ne se résume pas à appliquer des thérapeutiques, mais aussi à stimuler le désir de vivre et de guérir quand c'est possible. Quand la guérison s'avère impossible, les soins s'adaptent aux circonstances et accompagnent les patients jusqu'au bout de leur vie. Le pavillon du pin, à mi-chemin des différents bâtiments, accueille les familles qui souhaitent rester auprès de leur malade.

Cette aura si particulière est perceptible dans chaque coin de couloir, dans chaque lieu de soin comme au détour de chaque bosquet de rhododendrons où les bancs accueillent les patients dès qu'ils sont capables de sortir de leur chambre. Et que dire des visites des chiens des chats ou... des chevaux à leur maître (4), rendues possibles par la seule bonne volonté des soignants et la magie du parc.

L'exception culturelle n'échappe pas aux étudiants infirmiers qui plébiscitent les stages, quel que soit le service. Les patients n'hésitent pas à affronter le risque de venir, en urgence, la nuit, dans leur propre voiture ou accompagnés de leur famille, voire de leur médecin traitant pour éviter d'être conduits ailleurs par les SAMU ou les pompiers, respectant les nouveaux schémas régionaux d'accueil des urgences...

1. Hôpital privé à but non lucratif participant au service public.
2. Ces deux bâtiments aux allures de forteresse sont l'œuvre de Lucien Magne, architecte en chef des monuments historiques et professeur aux beaux arts. Les portions qui constituent ces deux sanatoriums sont reliées à angles obtus de façon à donner à l'ensemble des constructions une incurvation orientée au sud afin de protéger les façades du vent et d'abriter les galeries de cure. Ce sont manifestement des considérations de terrain et d'esthétique qui ont conduit l'architecte à donner une forme incurvée à ces deux bâtiments.

3. D'un style très différent, ce bâtiment avec ses chambres individuelles avec balcon au sud fut l'œuvre de G. Vaudoyer.

4. Un patient hospitalisé en soins palliatifs se lamentait de ne pouvoir connaître le produit de sa jument préférée, né pendant son hospitalisation. C'est ainsi qu'après avoir obtenu l'autorisation de la direction, la jument et sa pouliche furent amenées devant la chambre du patient dont on avait approché le lit de la fenêtre. Il put les voir une dernière fois évoluer sur la pelouse.

Résumé : Le plan hôpital 2007 en forçant « le regroupement des moyens » menace directement ce type d'hôpital qui incite, du fait de « sa taille humaine », tant les soignants que les soignés aux échanges.

Hôpital de Bondy, un esprit différent

Une formation professionnelle de rêve

Mon premier contact avec l'hôpital Jean Verdier, hôpital universitaire (CHU) qui fait partie de l'AP-HP (1), fut en octobre 1984 et depuis, je ne l'ai presque jamais quitté. L'établissement, un bâtiment unique sur cinq étages, est situé au nord de la commune de Bondy dans le « 9-3 ». C'est une petite structure. A l'époque, il n'y avait que deux services de médecine avec 180 lits. Tout le monde se connaissait : médecins, infirmières, aides-soignantes, internes, secrétaires et même les externes en médecine, qui se plaisaient à venir étudier. Les biologistes ne restaient pas dans leur laboratoire. Une anomalie de la numération, un trouble de l'hémostase ? Ils venaient apporter en personne les résultats et discuter avec les médecins. Il y avait aussi des staffs communs avec l'anatomo-pathologie, l'hématologie, la radiologie, mais aussi la pédiatrie. Internes, nous avions ainsi un enseignement en direct. L'assistante sociale venait à la rencontre de chaque nouveau patient hospitalisé. Nous avons aussi appris l'écoute avec la psychiatre mi-temps du service qui fut une des premières en France à s'occuper des patients du sida, sans se « déguiser » devant le malade avec sur-blouse, chapeau et bavette, comme je le verrai dans d'autres services. Nous avons des réunions hebdomadaires avec tout le personnel soignant dont la psychiatre, où nous parlions du patient et de nos propres angoisses. Même jeune interne, en tant que professionnel de santé, on vous écoutait, non pas selon le prestige lié à votre titre, mais d'après vos idées, qui pouvaient être à l'initiative d'une publication et vous n'étiez pas oublié sur la liste des auteurs... Après deux semestres d'interne, j'ai pu prolonger dans cet hôpital mon expérience comme attachée en

hématologie tout en continuant à me former dans cette spécialité avec ma compétence de médecin généraliste, les autres spécialistes n'hésitant pas à solliciter mon avis ainsi que moi le leur.

Face aux problèmes de santé publique, un hôpital innovant

Aujourd'hui, l'hôpital est doté de 316 lits (2) : 170 pour la médecine (hépatologie, médecine interne, endocrino-diabétologie, maladies infectieuses, pédiatrie), 78 lits pour la chirurgie et la réanimation, 58 lits de gynéco-obstétrique (maternité de niveau II). Ce dernier service possède un centre de PMI ainsi qu'un centre de planification familial. Il s'y ajoute l'unité médico-judiciaire, d'où une présence policière quasi constante aux urgences.

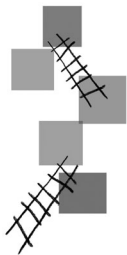
Il est situé dans une zone de précarité, (le taux de chômage est de 19,3 % à Bondy) et de ce fait il se caractérise par une forte activité des urgences adultes et enfants (3). Tout en développant des activités de niveau de CHU (enseignement, recherche, publications internationales), il a élaboré et soutenu des modalités particulières pour la prise en charge des situations de santé générées par la précarité, et ce dans tous les services. Il s'est fortement impliqué dans la prise en charge des conduites addictives (tabac et toxicomanies, mais aussi alcoolisme avec le service d'hépatologie), dans des activités de réseau de santé de proximité aussi bien en lien avec des soignants libéraux que publics et ceux de santé publique (diabète, oncologie, gériatrie) ainsi que la prise en charge des grossesses peu ou mal suivies (4).

L'homnibus

Créé en 2000, l'homnibus (5), ce bus de couleur

Yveline Frilay

Médecin généraliste



bleue, parcourt les villes d'Aulnay-sous-Bois, Bobigny, Bondy, Pantin, Sevran, où il stationne sur des lieux et à des horaires précis. Il va au devant de personnes exclues des soins, sans ressources, sans papiers, sans droits ouverts pour la Sécu. Il arrive alors que l'homnibus accompagne la personne à la CPAM pour l'ouverture de ses droits. Le bus, c'est un cabinet médical, avec un stock de médicaments, une salle d'attente pouvant accueillir dix personnes, un bureau pour l'assistante sociale, et une salle de repos. Dans le bus, un médecin, une infirmière, une assistante sociale, un psychologue, un éducateur. *L'homnibus* est le seul dispositif mobile en France

où les médecins peuvent prescrire des médicaments. C'est un lieu de diagnostic, de soins, de prévention, mais aussi d'écoute. Il assure 3000 consultations par an (30 à 40 % des consultants souffrent de pathologies graves). L'objectif est aussi de servir de passerelle, d'accompagner chez un généraliste, dans une administration pour des démarches. L'équipe anime aussi des ateliers d'éducation à la santé dans une maison de quartier de Bondy-Nord (le plus défavorisé). Des médecins libéraux y assurent des vacations, par motivation, par idéal...

Vous comprendrez que vingt-deux ans après mon premier pas dans cet hôpital, je continue à y assurer trois vacations par semaine, car il y règne un esprit différent bien que la création des

GHU (6), la restructuration de l'AP-HP, la T2A (7) pourraient bien venir changer les mentalités. Ce sera désormais au niveau du GHU que seront décidés les programmes d'actions prioritaires au sein de chaque établissement, la notion de besoins de santé de proximité risque de laisser sa

place au besoin de santé de référence. Cela ressemble plus à un simple échelon de gestion administrative que de stratégie de santé publique, sans compter l'organisation en pôles (8) au sein de chaque hôpital dont le but inavoué est la mutualisation du personnel.

La T2A, nouveau mode d'allocation de ressources des établissements de

santé, est une tarification à l'activité et non à la pathologie ; le risque est ici de ne pas accepter les patients qui coûtent « cher » aux services, ceux qui ont des hauts risques de complications, et de multiplier les courts séjours, plus rentables.

Le plan hôpital 2007 en forçant « le regroupement des moyens » menace ce type d'hôpital qui incite, du fait de « sa taille humaine », tant les soignants que les soignés, aux échanges. Ici ont été laissées à la porte les opinions politiques de chacun pour se recentrer sur un projet commun : en respectant le patient, mettre les valeurs humaines au-dessus de tout.

Ce que l'on retiendra de ce lieu de soins : un lieu aussi accueillant et apaisant que son logo, un bateau avec un mât surmonté d'une mouette (9).



1. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

2. auxquels s'ajoutent 21 places d'hôpital de jour.

3. Récemment, un patient qui se rendait de Paris à Bondy me racontait qu'il était de moins en moins rassuré en se rendant à l'hôpital, lorsqu'il était dans le bus direction « Montfermeil », ce qui lui rappelait les événements de banlieue de novembre 2005, mais quel ne fut pas son étonnement de l'accueil qu'il reçut à la consultation par toute l'équipe. Après la consultation, il décida de s'arrêter à la cafétéria cinq minutes pour se rafraîchir, il observa les lieux, les personnes et se prit à y rester une heure tant il trouvait le lieu accueillant, et il y abandonna ses préjugés.

4. Le service de gynécologie-obstétrique s'implique tant dans des études de haut niveau médico-scientifique que dans des études plus sociologiques comme par exemple un rapport sur la prévention de la prise en charge des grossesses des adolescentes remis au ministère de la Santé, et en septembre 2006 il a organisé un colloque sur « Maternité et migration, quelle place pour les traditions ? »

5. Tout est né des décrets d'application de la loi contre les exclusions de 1998, la seule recommandation était d'être itinérant. L'hôpital Jean Verdier a répondu favorablement à l'appel d'offre de Bernard Kouchner, alors ministre. La RATP a offert un bus, puis une équipe pluridisciplinaire s'est constituée autour d'un médecin généraliste coordinateur de l'équipe d'intervenants auprès des toxicomanes à Jean Verdier. *L'homnibus* fonctionne en réseau avec les associations, les mairies et la Cnam.

6. Groupements hospitalo-universitaires : dans le CHU-Nord de Paris, les services de gastro-entérologie de l'hôpital Lariboisière ont déjà migré vers l'hôpital Beaujon.

7. T2A : tarification à l'activité, cf. page : 29 de ce numéro.

8. Ils devront être mise en place au plus tard au 31.12.2006 et pourront comprendre plusieurs services « classiques »

9. L'hôpital est situé au bord du canal de l'Ourcq. On peut y voir passer malheureusement de moins en moins souvent les péniches qui attireraient notre attention lorsque, dans les hivers rigoureux, elles étaient précédées d'un brise-glace.

Résumé : L'architecture hospitalière est à l'image de la constitution du système hospitalier, dont elle suit les transformations. A la période contemporaine, les impératifs de rendement ont entraîné la concentration des espaces hospitaliers, la prééminence d'une gestion urgentiste des soins et un raccourcissement du temps d'hospitalisation, qui modifient les conceptions de l'espace architectural et imposent un questionnement critique.

La commande hospitalière

Pratiques : Qui passe commande d'un hôpital à l'architecte ?

Yann Marie : Pour les commandes publiques, c'est l'Etat, donc le ministère de la Santé, qui est à l'origine. C'est l'Assistance publique, le centre hospitalier ou les centres intercommunaux qui sont maîtres d'ouvrage. Chaque commande est différente en termes de surface des services. La préparation se fait avec l'aide d'un programmiste qui rencontre en amont les chefs de service et les directeurs de CHU. Il peut être à l'origine architecte ou économiste et va permettre de définir les besoins pour aider à la maîtrise d'ouvrage, en termes de surfaces, volumes, façades, fonctionnement général et spécifique. Tous les métiers qui composent le bâtiment sont des métiers de spécialistes : les enjeux financiers, dès qu'on dépasse le niveau de la commande individuelle, sont en effet colossaux et non maîtrisables par un seul homme. Dans le domaine hospitalier, c'est très compliqué : l'architecte doit à la fois coordonner tous les intervenants, savoir quelles questions leur poser et connaître les spécificités techniques de chaque corps de métier.

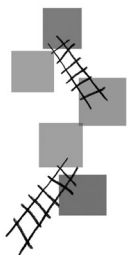
Quel est le cahier des charges au niveau du concours ? Quelles sont les différentes étapes de la réalisation ?

La loi «MOP» (Maîtrise d'ouvrages publics) qui encadre la réalisation comprend sept phases : réception du cahier des charges à partir du concours, avant-projet sommaire (APS), avant-projet détaillé (APD), permis de construire, phase projet, phase dossier de concertation des entreprises, phase de réalisation. Les cahiers des charges liés à l'architecture hospitalière sont différents selon qu'on est dans le privé ou dans le public. La santé et l'éducation sont les derniers domaines qui résistent à la privatisation : on a donc une véritable attente de la population concernant le service public.

Les demandes du privé sont spécifiques par rapport à celles du public. Dans les commandes privées, la question essentielle est celle de la qualité des chambres, jusqu'à la possibilité de chambres de haut luxe : c'est l'argent, une fois de plus, qui crée la différence. On assiste, par exemple, à la demande d'une prise en charge des sens à l'intérieur de l'hôpital (solicitation de l'ouïe, de l'odorat). Mais c'est encore trop tôt, c'est considéré comme du luxe et ce débat n'a pas encore sa place dans l'édifice public. Dans le public, pour les chambres, on est contenu dans des normes dimensionnelles : une chambre, c'est déjà cher par son installation même (arrivée d'eau, revêtement, cloisons, équipement), et les commandes publiques ont nécessairement moins d'argent au mètre carré.

Yann Marie

Architecte



L'architecte se préoccupe, par exemple, de la vision que peut avoir le directeur depuis le lieu qu'il occupe. Mais il doit avoir aussi une vision politique de ce que doit être un hôpital : flexibilité, compacité, accueil, traitement spécifique de certaines zones comme salon, attente, communs. Il s'agit d'une vision à la fois théorique et conceptuelle, qui doit respecter la dissociation, à l'intérieur d'un hôpital, entre sphère privée (chambre), sphère publique (hall) et sphère semi-privée (couloirs), qui sont les zones où l'on peut être vu en situation d'hospitalisation, mais qui ne sont pas visibles depuis la sphère publique (être attentif aux vitrages qui donnent à voir les patients qui circulent). La dissociation entre ces trois sphères est une idée qui vient à l'origine d'une demande de la population.

Sur quels points peuvent porter les litiges entre l'architecte et ses commanditaires ?

Les litiges se traduisent en termes juridiques. Ils portent le plus souvent sur des retards de livraison, il peut y avoir aussi des parties correctement conçues, mais mal réalisées ou la question des normes d'accessibilité. Depuis la forme et l'implantation jusqu'aux plinthes de chaque pièce, il faut tout dessiner, tout concevoir, tout regarder et tout valider : dans les réunions de chantier, rien n'est laissé au hasard.

Votre spécialité d'architecte porte à la fois sur les hôpitaux et sur les prisons. Y a-t-il quelque chose de commun entre les exigences du milieu hospitalier et celles du milieu carcéral ?

Les deux types de lieux ont en commun la scission des flux : flux de visiteurs, flux de malades ou de prisonniers, flux de personnel, flux logistiques doivent être séparés dans la conception de l'espace. Les rencontres ne doivent être que ponctuelles et minimisées. Par exemple, on considère que les malades ne doivent pas croiser les visiteurs pour ne pas les effrayer, le personnel administratif ne doit croiser ni les flux de patients dans

les hôpitaux ni les flux de personnes incarcérées dans les prisons.

Les deux types d'espace sont conçus comme des lieux enclos en vue d'un enfermement non délibérément choisi : dans les deux cas, la mise à l'écart est censée produire une forme de resocialisation, celle de la guérison ou celle de la réhabilitation. Les prisons sont conçues comme des micro-villes, avec le parloir qui est un mini-palais de justice, l'atelier de production, les espaces d'hébergement, d'école, de sport, de spectacle et de semi-hospitalisation.

L'hôpital et la prison sont des lieux où les gens se suicident : dans les deux cas, il s'agit d'éviter les risques que les gens se jettent dans le vide par la fenêtre ou par les passerelles. Il faut donc privilégier les ouvertures inférieures à 30 centimètres, les garde-corps très hauts, les galeries entourées de verre.

Les risques spécifiques à chacun des deux types de lieux auxquels l'architecte doit penser sont les infections nosocomiales (de plus en plus importantes) dans les hôpitaux, et les risques d'émeutes dans les prisons.

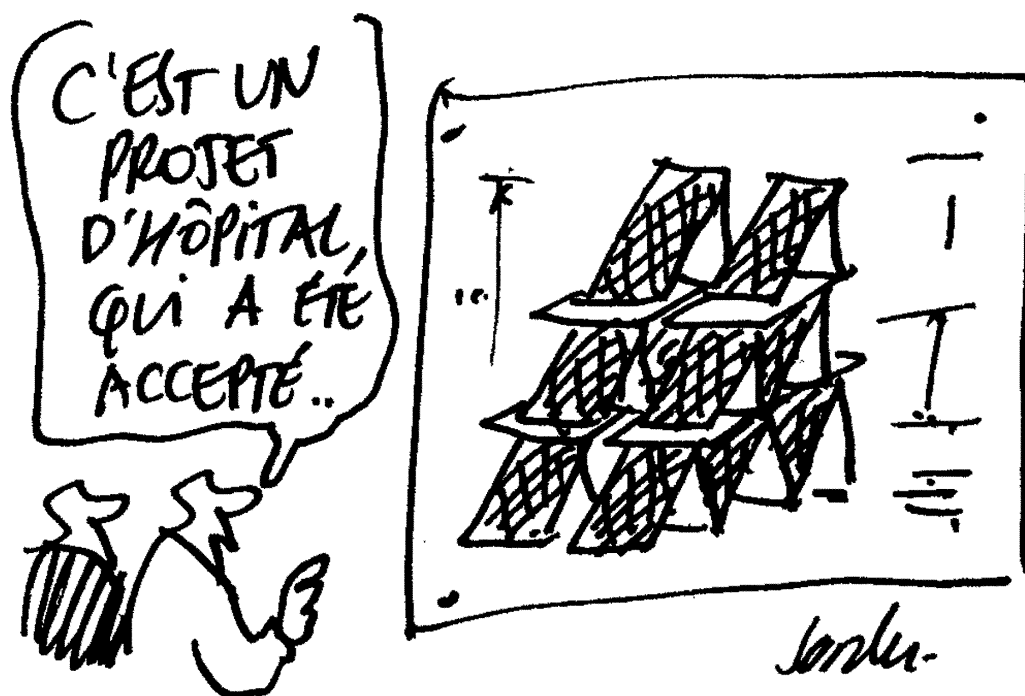
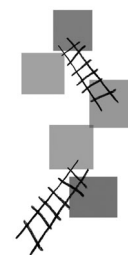
Qu'est-ce qui s'est transformé dans l'architecture hospitalière ?

L'évolution des normes dans le domaine médical a entraîné un ajustement des projets. Il y a eu transformation des typologies : la forme est créée par le fonctionnement. A l'hôpital Lariboisière à Paris, par exemple, la disposition initiale « en peigne » (une partie centrale et des couloirs de circulation latéraux perpendiculaires à l'espace central) obligeait le personnel à des allers et retours permanents. On y a renoncé pour un déplacement « en boucle ». Dans les années 2000, on a créé des frontières mobiles entre les services permettant à la fois plus d'efficacité, plus de rationalité et plus d'accueil : on compacte les distances. Depuis les années 80, crèche, café, librairie, coiffeur sont prévus dans le cahier des charges : c'est lié, en particulier, à l'intégration des *Relais H* dans les hôpitaux. Et les espaces

sont créés de manière plus « noble » : on cherche plus de lumière par l'éclairage naturel dans des lieux où jusque là il n'existait pas (les attentes d'ascenseur, par exemple). Pour l'Hôpital Européen Georges Pompidou, on a réalisé l'idée de la « rue hospitalière » : on intègre dans l'hôpital le vocabulaire de l'urbanisme.

Les exigences de concentration vous paraissent-elles contribuer à une amélioration ou à une détérioration de la qualité des soins ?

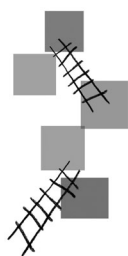
sonnel, qui se fait toujours de manière interne à chaque service. En termes de promotion immobilière, cela permet de libérer des surfaces dans le centre-ville : on libère des emprises foncières qui peuvent être transformées en logements. Mais cette nouvelle échelle crée un effet inhumain et apparaît aussi comme effrayante : on perd la proximité avec les habitants, et, pour le personnel, les nouveaux espaces dissocient les lieux de travail des lieux de convivialité (repas en particulier).



L'hôpital Pompidou est le premier hôpital qui a absorbé des hôpitaux plus petits. L'avantage pour les soins est que dès les urgences, on sait qu'on sera pris en charge sur place. En termes de d'accueil, de confort, de technologie, de compétence des équipes, il y a tout sur place. En terme de gestion, il y a un seul bâtiment à gérer et donc un minimum de coût de fonctionnement. Cela permet de créer de grands pôles régionaux et un mode de rendement spécifique adapté aux nouvelles technologies. Ça ne paraît rien changer en termes de relation avec le per-

Sur quels critères se fonde la consultation entre l'architecte et l'équipe médico-hospitalière ?

La phase de concertation avec l'entreprise hospitalière consiste à montrer ce qu'on a dessiné service par service. La rencontre avec les utilisateurs est un moment stressant : si les équipes ont été consultées au préalable, elles coopèrent, sinon la rencontre avec l'architecte responsable est plus difficile. C'est le moment où se révèlent les inexactitudes du projet : on entre dans le vif du sujet, il y a une émulation, un échange entre les équipes médicales et au-delà. C'est enrichissant,



mais stressant, en particulier à cause des rapports de force entre chefs de service, d'où un respect très précis des surfaces demandées. Il faut aussi donner une qualité à ce qui est vu depuis les bureaux (les abords en particulier). Quand on prend conscience des conflits, on prend conscience de ce qu'on dessine. C'est comme dans les prisons : on apporte la même qualité à ceux situés au même niveau hiérarchique. Une hiérarchie spatiale se crée dans la demande : celle qui existe dans la structure se traduit par la quantité de mètres carrés attribuée à chacun.

L'objectif est de rendre l'espace rentable, efficace, évolutif.

Prévoit-on des consultations entre l'architecte et les patients ?

Les associations de patients peuvent être représentées dans les conseils d'administration des hôpitaux : c'est là que la parole des patients peut être transmise. Mais on ne les rencontre pas, ni individuellement, ni collectivement. Nos rencontres, c'est l'administration qui est maître d'œuvre et le personnel hospitalier qui est considéré comme seul utilisateur. Les bureaux sont une des macro-fonctions de l'hôpital, les flux administratifs sont dissociés des flux des utilisateurs praticiens. Par où passe la parole des

patients ? Par les administrateurs et les chefs de service. On parle à des spécialistes qui ont une vision globale de leur métier et une perception professionnelle de l'espace dans lequel ils évoluent ; les patients sont supposés être moins capables de verbaliser des idées précises sur ces questions.

Sur quoi portent, dans la mesure où vous pouvez les entendre, les plaintes des patients relativement à l'espace hospitalier ?

Ils sont généralement contents du personnel et plutôt confiants dans la technique. Mais ils se plaignent de la brutalité du système hospitalier : on ne garde plus les patients à l'hôpital, on peut renvoyer chez lui le lendemain un patient qui a été dans le coma pendant douze heures la veille. La maison privée devient alors un relais de l'hôpital : les gens sont en convalescence chez eux. Ça vient du développement et de la performance des services d'urgence. Sur certains projets, les urgences sont au cœur de l'architecture hospitalière. S'il y a un problème, vous vous retrouvez aux urgences : on gère le problème quand il arrive. Les urgences finissent par être de fait le centre du système.

Propos recueillis par Christiane Voltaire

Quand le domicile devient lieu de soin

L'hospitalisation à domicile apparaît comme une excellente alternative à l'hospitalisation pour le patient. Sans compter la pénibilité pour les familles.

Le père de Dominique est passé en HAD (1) après un AVC (2) avec hémiplégie gauche et aphasie régressive en juillet 2004. Il est sorti de l'hôpital le 4 décembre 2004 en HAD jusqu'au 16 août 2005 et a refait un séjour d'un mois en médecine interne pour répit familial. Ces neuf mois ont été très lourds pour Dominique, aide-soignante de nuit à l'hôpital. « Ma mère m'a fait promettre de m'occuper de lui avant de mourir, je me vois mal le placer tant qu'il a toute sa tête ». D'ailleurs, il refuse le placement en maison de retraite et tyrannise sa fille. « Le matin, quand je rentre, il me sollicite toute les heures et ne me laisse pas dormir. Le problème tient à ses exigences énormes, 24 heures sur 24. Je suis clouée chez moi, je ne sors plus, je n'ai plus de vacances alors que je voyageais énormément et surtout, il me persécute. Ce n'est pas une vie ». « Je dors très peu et je ne récupère pas. » Le reste de la famille ne participe pas du tout, Dominique est donc seule pour tout assumer. Quand elle travaille, elle prend une garde la nuit de 19 heures à 7 h 30 le matin. « Il n'y a pas d'organisme de nuit, il faut donc passer par les petites annonces, ce qui n'est pas très fiable. J'ai eu des problèmes avec quelqu'un qui buvait du whisky... tu deviens employeur... il a fallu que je la licencie et que j'embauche quelqu'un d'autre. Quand je rentre le matin, je suis obligée de m'occuper de lui, de lui faire prendre son petit-déjeuner, Il y a toujours quelque chose. Je suis obligée de le changer s'il a des selles, plus la lessive qui va avec, j'ai souvent les mains dans la merde. » A la maison, il a fallu condamner la salle à manger pour installer le lit médicalisé le fauteuil et la table.

La prise en charge de l'HAD se résumait à la toilette par une aide-soignante, 25 à 30 minutes

matin et soir et à une infirmière trois fois par semaine pour le pouls et la tension artérielle. Le système mis en place maintenant, l'ADMR (3), est beaucoup mieux adapté. L'aide-soignante vient 1 heure le matin et 30 minutes le soir. Le médecin généraliste qui le prend en charge vient dès qu'il y a le moindre souci, le kiné trois fois par semaine, l'orthophoniste deux fois. C'est bien conçu, mais les aides sont insuffisantes, c'est trop dur pour la famille.

A la deuxième tentative d'hospitalisation pour répit, dans le service où travaille Dominique, il s'est conduit de manière impossible avec tout le monde, il voulait rester chez lui. Il a été accepté malgré son comportement, mais il refusait de manger, appelait sans arrêt l'équipe qu'il usait.

L'aide ménagère, gérée par les services sociaux de la mairie, vient deux fois par semaine. Le système convient très bien au patient, mais a démoli la vie de sa fille. « Tant qu'il était autonome, tout allait bien, mais cette vie là est trop difficile. Je suis obligée de trouver quelqu'un pour pouvoir faire les courses, aller chez le coiffeur. Heureusement, deux de mes collègues viennent parfois me relayer pour que je puisse bouger. C'est dommage, mais cette épopée a considérablement dégradé nos rapports et j'en ai marre ». « Ma voisine assure l'intérim jusqu'à l'arrivée de l'aide-soignante du matin, car, lorsque je travaille, je rentre à huit heures et demi. A domicile, il faut tout gérer, le labo, la pharmacie, Il faut ajouter le coiffeur, la pédicure, les consultations, les transports, tous les repas... Je suis contente d'aller travailler à l'hôpital... je revis, cela me permet de décompresser. Les soins à domicile c'est bien s'il y a une famille suffisante pour se relayer sinon c'est trop lourd. »

1. Hospitalisation à domicile.
2. Accident vasculaire cérébral.
3. Aide à domicile en milieu rural.

Anne Perraut
Soliveres

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

Dominique Cuchi

Aide-soignante

Résumé : La question de l'écologie mentale, qui prend en compte le caractère pathogène ou thérapeutique du milieu environnemental et humain, travaille, à partir d'expériences psychiatriques multiples, sur les interactions et les formes de construction de soi qu'il peut produire. Elle permet ainsi de promouvoir un nouveau concept de l'esthétique, à l'œuvre aussi dans des lieux alternatifs.

Écologie mentale et « nouveaux territoires de l'art »

Valérie Marange

Co-directrice d'Anis Gras le lieu de l'autre à Arcueil, Enseignante-chercheuse à l'université de Paris VIII.

Valérie Marange a organisé du 28 septembre au 1^{er} octobre des journées de rencontres « dans le pré » sur le thème « Quels lieux, pour quelles pratiques ? »

« Le délire : effort pour créer quelque chose de l'ordre d'un monde qui n'est pas nécessairement le monde commun ».

Jean Oury

La formulation d'une écologie mentale ou écosophie, empruntée par Félix Guattari à Gregory Bateson, s'inscrit dans l'histoire d'une lutte dans et contre la psychiatrie pour échapper à l'aliénisme et à la stigmatisation des problèmes mentaux. Histoire qui passe par la psychothérapie institutionnelle et sa tentative de « soigner les institutions », pathologiques et pathogènes, maltraitantes et chronicisantes ; par l'anti-psychiatrie existentialiste de Ronald Laing qui décrit les nœuds relationnels qui rendent fou, l'aliénation comme relation et non comme caractéristique individuelle ; par les psychothérapies systémiques et leur mise en cause de l'environnement notamment familial, et enfin par des politiques de santé publique telles que la « psychiatrie de secteur » qui pose la question des milieux d'accueil de la maladie mentale hors les murs. Elle se veut « notion commune » à ces différentes tentatives, ainsi qu'à celles, plus singulières encore, d'un Ferdinand Deligny proposant à des jeunes « désadaptés », puis autistes de constituer de nouveaux territoires et trajets pour une espèce humaine irréductible à la « péroration », de la Grande Cordée aux « lignes d'erre » (1).

www.leliuedelautre.org

En même temps, cette formulation se rattache à une réflexion sur la culture, l'ambiance mentale, dans la foulée d'un Edgard Morin qui écrit dans les années 1960 *L'Esprit du temps* en même temps qu'il réalise avec Jean Rouch la « chronique » de l'été 1960 qui creuse dans les tactiques de vie des sujets confrontés aussi à de grands mouvements sociaux : exode rural, migrations, guerres coloniales... Aux antipodes d'une sociologie objectiviste, du marxisme qui met l'économie au poste de commandement, de la psychanalyse qui cantonne l'inconscient dans le fantasme, Deleuze et Guattari renouent avec Tarde (sociologie des affects et des croyances), côtoient Foucault dans son exploration historique des modes de subjectivation, et s'intéressent à une pragmatique des agencements collectifs désirants qui ouvrent la possibilité de changement, d'un « devenir », échappant au règne du probable. Ils s'intéressent particulièrement dans ce contexte, à la fois au champ artistique comme résistance créative qui a capacité à diffuser dans l'ensemble des pratiques, et aussi à l'industrie culturelle : le cinéma pour Deleuze, en tant qu'il nous permet de « croire au monde » quand « il cesse d'être mauvais », l'Internet pour Guattari, en tant qu'il ouvre une « ère post médiatique » à la « production de subjectivité ».

Cette notion, telle que je tente de la faire vivre aujourd'hui dans une « friche culturelle » de la banlieue parisienne (2), après plusieurs années

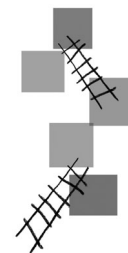
passées dans le compagnonnage des «schizo-analystes» (3) renvoie à des notions élargies tant de l'art que du soin, et à leur lien avec l'idée de monde et, plus modestement de territoire.

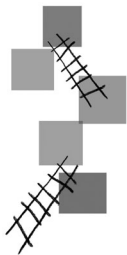
Notion élargie du soin, d'abord, qui renvoie à celle de souci et, par là même, à celle d'une esthétique de l'existence, rompant avec le scientisme en cours et ses «technologies politiques» (4) du corps et de l'âme. La dérive du soin vers le paradigme esthétique, préconisée par Guattari dans la foulée de la psychiatrie phénoménologique, ouvre bien, comme pour Kant, une alternative à la dictature de la vérité, mais sur le mode d'une stylisation transversale qui concerne aussi la faculté de médecine (5). Le remède à la «normopathie», c'est le mouvement subjectif de la *poiesis*, dont tout art médical digne de ce nom encourage l'affirmation. Vivre, même pour l'amibe, c'est déjà préférer et exclure, disait Canguilhem (6). Si l'être vivant n'est jamais indifférent et ne cesse donc de produire de la norme, celle-ci ne saurait-elle sans dommage s'objectiver ni s'universaliser. L'éthique renvoie à la notion spinozienne d'«utile propre» (7). Le médecin d'autrui doit avoir le souci du souci de soi de l'autre, et se soigner, c'est s'occuper d'esthétiser son existence. En même temps, vivre c'est rayonner, composer son milieu, faire monde (8). Si la «pulsion de décoration» (9) reste sans objet, il ne reste à l'individu qu'à s'adapter, soit à vivre dans des conditions pour lui pathogènes. L'alternative proposée par Guattari est celle d'une «auto-poïèse» ou création de soi, assortie d'une «éco-poïèse» comme agencement des créations individuelles.

A cet élargissement du concept de soin correspond un élargissement du concept d'art, lui aussi inscrit dans les traditions (10), mais aussi affirmé sans cesse par les avant-gardes successives du xx^e siècle, résumé par l'idée d'un «art total» et des expérimentations telles que le Bauhaus, mêlant recherche formelle et artisanat, architecture et industrie. Si l'idéologie de l'«auteur» et de «l'autonomie de l'art», reprise aujourd'hui sous

les auspices de l'«exception culturelle» a séparé l'art de la vie, tout ce qui compte dans l'art moderne et contemporain n'a cessé, au contraire, d'affirmer avec le poète Robert Filliou, que «l'art est ce qui rend la vie plus intéressante que l'art». Si le mouvement de la création apparaît gratuit, ce n'est qu'au regard d'une économie restreinte qui ne valorise que le temps de sa capture-diffusion par l'entreprise. Il a au contraire un sens vital particulièrement aigu, dans une économie élargie des affects et des usages. «Du possible sinon j'étouffe», art de du faire et du non-faire, ouverture à la fragilité du vivant comme à ses virtualités, amour du monde et de ses possibilités de changer, l'art produit des univers de valeurs qui résistent à la mort, comme le dit Malraux repris par Deleuze (11). Au thème du «médecin de soi-même» correspond l'idée que «tout le monde est un artiste» (Beuys). Mais quelle auto-poïèse possible sans une écologie des rencontres, écosophie, dira Guattari? La création, c'est du concret, du croître ensemble, et parler de création sans parler d'espace de création, c'est rester dans l'abstraction (12). Sortir de l'hôpital, sortir du musée ou du théâtre, produire du dehors, du passage, voire d'autres formes de territorialité est un enjeu central si l'on parle de résistance créative. Peut-être parce que la question de l'espace est aujourd'hui la plus angoissante, voire pathogène. Peut-être aussi parce que c'est bien d'abord notre espace que nous avons besoin et pulsion de créer, comme espèce, individualités, communautés humaines.

L'espace du médico-social isole, celui de la représentation produit de fausses communautés. «Entre l'objectivité qui m'écrase, et la subjectivité qui m'exile...» (13); produire du commun sensible implique de créer d'abord des «lieux de vie», aux agencements collectifs attentifs, et non de simples entreprises productrices d'actes. Il est intéressant que des artistes arrivent à cette conclusion également forte dans le domaine des soins. Peut-être parce que l'art voisine avec la





précarité, voire avec la folie, en tout cas le non donné de l'espèce. Ce pas de côté vers des territoires d'existence, fondamentalement, constitue la rupture des « lieux culturels intermédiaires », tant face à la culture académique qu'à l'éducation populaire classique. Reste que ces tentatives sont fragiles, sensibles à l'air du temps individualiste, sujettes à diverses instrumentalisation. Comme les hôpitaux, les musées ou les théâtres, ces lieux, les groupes et les personnes qui les font vivre ont à se poser constamment la question de ce qu'ils font là, et à la poser à leur environnement. Si la question n'est plus seulement d'être, mais d'y être, dans une présence au monde tel qu'il va et ne va pas, les outils élaborés dans des domaines de soins pour évaluer « l'ambiance » (14) d'un groupe ou d'un territoire sont

à mobiliser. Faute de quoi, entre crise de l'intermittence et resserrement sur « l'excellence » artistique, les « nouveaux territoires de l'art » pourraient sombrer en même temps que d'autres espaces de relative liberté et expérimentation sociale, dans des schémas de gouvernance de moins en moins sensibles.

L'espace hétérotopique qu'il s'agit de constituer pourrait être celui d'un « pré » (15), pré-discursif, pré-prédictif, pré-représentatif (16), espace de l'affect exclu de la subjectivité de l'entrepreneur sachant communiquer, à laquelle l'art comme certaines luttes résistent encore, et que les sociétés humaines pourraient reconnaître demain comme condition de leur survie.

1. La Grande Cordée est un réseau d'hébergement de jeunes délinquants et caractériels, créé par Deligny en 1947 reposant principalement sur celui des Auberges de jeunesse. Les « lignes d'erre » sont les trajets des jeunes autistes dans la garrigue cévenole, dont Deligny trace des relevés, et auxquels il attribue la portée d'une forme d'écriture non verbale.

2. Anis Gras, le lieu de l'autre, www.lieudelautre.org. Cette ancienne distillerie située à Arcueil, se développe en convention avec la ville et les collectivités un projet piloté par Valérie Marange et Catherine Leconte, qui mêle résidences d'artistes, entreprise d'insertion, équipement culturel de proximité et laboratoire de recherche sur le sensible.

3. Voir la revue *Chimères* et son site : www.revue-chimères.org.

4. Concept de Michel Foucault, dans *Surveiller et punir* et *La volonté de savoir*.

5. Mouvement de la modernité même selon Foucault, qui oppose, au développement des disciplines et contrôles des sujets, celui de l'affirmation différentielle des modes de vie. Voir « Qu'est-ce que les Lumières? », in *Dits et écrits*. Michel de Certeau reprendra cette piste dans *L'invention du quotidien, Arts de faire*, Folio.

6. Cf. *Le normal et le pathologique*. L'impossibilité d'une normativité « objective » est au centre de la pensée de Canguilhem comme affirmation à la fois ontologique et éthique. En faisant l'« histoire » de la folie Foucault reprend cette ligne de travail et la systématisé dans une épistémologie de la vérité comme toujours tributaires de forces.

7. Voir l'Éthique de Spinoza ainsi que le chapitre « de la différence de l'éthique avec une morale » dans *Spinoza, philosophie pratique* de Gilles Deleuze, Minuit, 1981. « Ce n'est pas parce qu'une chose est bonne que je la désire, c'est parce que je la désire que je la trouve bonne ». C'est l'évaluation qui fonde la norme et non l'inverse.

8. « Georges Canguilhem, Le vivant et son milieu », in *La Connaissance de la vie*, Vrin, 1985.

9. Prinzhorn cité par Jean Oury, *Création et schizophrénie*, Galilée 1989.

10. Grecque mais aussi amérindienne, aborigène, comme l'ont rappelé récemment les expositions consacrées à ces traditions à la Villette, la beauté concourt à la santé.

11. Deleuze, *Qu'est-ce l'acte de création?* conférence du 17 mai 1985.

12. Selon des termes directement empruntés à Jean Oury. *Création et schizophrénie*, Galilée 1989.

13. Citation par Jean-Luc Godard, in « Deux ou trois choses que je sais d'elle ».

14. La *Stimmung* freudienne, revisitée par Oury.

15. Oury développe la notion déjà explorée par Francis Ponge (*La Fabrique du pré*, Skira, 1990) donnant un bel exemple de pensée transversale à la poésie et à la médecine.

16. *Création et schizophrénie*. Oury vient ici en défense à l'espace d'émergence de la subjectivité, et contre la normopathie qu'incarne parfaitement, aujourd'hui la volonté de réduire la parole humaine à un ensemble d'énoncés logiques et représentatifs, soit à une rhétorique justificative du discours et de sa légitimité.

Résumé : La fermeture de l'hôpital psychiatrique en Italie date de plus de trente ans : au cœur de cette divergence avec l'institutionnalisation de la psychiatrie française se trouve la figure emblématique de Franco Basaglia, psychiatre visionnaire : il est l'initiateur exemplaire d'un espace de soins remis en question de façon radicale puisque jusqu'à aller jusqu'à sa destruction, condition nécessaire selon lui pour poser les fondements d'un autre espace psychiatrique. Nous nous sommes entretenus de cette révolution copernicienne italienne avec Mario Colucci, psychiatre, et Pierangelo Di Vittorio, philosophe, co-auteurs du livre *Franco Basaglia, Portrait d'un psychiatre intempêtif*, relatant l'œuvre théorique et pratique de ce psychiatre à l'origine de la fermeture des hôpitaux psychiatriques en Italie.

Franco Basaglia, celui qui a fermé l'asile

Pratiques : Quelles furent les conditions historiques en Italie, à cette époque, dans les années 1970, qui ont permis cette révolution dans la prise en charge des malades mentaux, alors que l'hôpital psychiatrique, en France, résistait et tient aujourd'hui toujours bon ?

Mario Colucci : Si on fait une comparaison entre la situation française et italienne à cette époque, on peut dire qu'il existait une situation plus arriérée en Italie comme cadre de la culture psychiatrique et de la culture de la société italienne de l'après-guerre. Le paradoxe est que ce retard a permis chez nous de sauter des étapes que vous avez eues en France et d'arriver directement à la solution radicale de la fermeture de l'hôpital psychiatrique. La France avait entamé une réforme de l'institution psychiatrique dès les années 60 avec le secteur psychiatrique. Il y avait déjà la confrontation avec le modèle anglais et américain. En Italie, il y avait une situation très arriérée, très liée à l'asile et à une vision biologique de la maladie psychiatrique. A la différence de la France, il n'existait pas en Italie de culture de remplacement de la culture asilaire.

Sans Basaglia, sans sa personnalité, la réforme italienne aurait-elle pu se faire ?

Pierangelo Di Vittorio : Il y avait à cette époque plusieurs tentatives différentes d'aggiornamento de la psychiatrie. Par exemple, il y avait en Italie les tenants de la psychiatrie de secteur et il y a eu une confrontation serrée pour la démarche à suivre entre ces deux hypothèses : faire un travail à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique avec un réseau de services pour enlever l'eau au moulin et le faire déperir. Basaglia n'était pas d'accord avec cette vision évolutive : il voulait fermer l'hôpital psychiatrique à partir de l'intérieur de l'institution asilaire. En fait, les deux choses ont été faites simultanément, on a parlé de « solution contextuelle ».

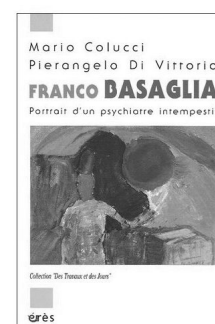
Mario Colucci : La fermeture officielle de l'hôpital de Trieste date de 1978, cette même année où fut promulguée la loi n° 180, mais l'expérience de Basaglia a commencé en fait dès les années 60. Il avait commencé une expérimentation très intéressante à Gorizia, hôpital dont il avait été nommé directeur en 1961. C'est là que sa tension novatrice émerge : c'était un homme discret,

*Entretien avec
Mario Colucci*

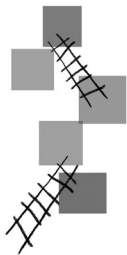
Psychiatre

**Pierangelo
Di Vittorio**

Philosophe



**Portrait d'un psychiatre
intempêtif,**
Editions Eres, juillet 2005



brillant psychiatre, phénoménologue. Dès 1961, il commence à appliquer dans l'hôpital psychiatrique de Gorizia le modèle de communauté thérapeutique anglaise, très novateur à l'époque avec l'introduction à l'intérieur de l'asile d'un modèle de travail coopératif horizontal non hiérarchique entre les médecins, les infirmiers et les malades. Il abolit les thérapies violentes : contention des malades, thérapies des chocs (électrique, à l'insuline). Il ouvre au fur et à mesure les pavillons fermés, il expérimente la liberté de circulation d'abord dans l'enceinte de l'hôpital, puis au dehors.

Pierangelo Di Vittorio : L'expérience de Gorizia s'arrête à cause de l'autorité administrative provinciale : elle s'oppose à la sortie définitive des patients, à leur retour dans la communauté et au développement des services à l'extérieur de l'hôpital. Là, il y a une crise. Basaglia se rend compte qu'il ne peut plus rester, car s'il reste ce serait un échec avec un hôpital psychiatrique réformé, mais vivant, son projet devenant instrumentalisé, simplement « réformiste » alors que dans son dialogue avec les patients, il s'était rendu compte qu'il fallait aller jusqu'à l'abolition complète de l'hôpital psychiatrique en tant que dispositif d'exception.

Qui a porté la politique de la sectorisation ?

Mario Colucci : Le modèle a été le secteur psychiatrique français. Nous avions en Italie une situation bloquée, nous étions sous le régime de la loi de 1904, très similaire à la loi de française de 1838 sur l'internement, fondé sur la notion de dangerosité et les ordonnances du préfet de police. En 1968, une loi proposée par le socialiste Mariotti a permis la création, en dehors de l'hôpital psychiatrique, de dispensaires. La véritable intuition de Basaglia a été de ne pas vouloir renouveler l'hôpital psychiatrique (HP). L'HP pour lui était irrécupérable. C'est une grande différence avec l'expérience française où, à la même époque, il y a le mouvement de la psychiatrie institutionnelle avec la croyance que l'on peut soigner à l'intérieur de l'HP. En France existait une certaine confiance dans les institutions, confiance qui n'existait pas en Italie. En 1964, Basaglia avait participé au premier congrès mondial de la psychiatrie sociale où déjà la question de la destruction de l'HP avait été posée et il choquait les psychiatres anglais à la pointe de l'innovation avec la psychiatrie communautaire en montrant les limites de celle-ci : quant cela marche, tout le monde est content, mais quand il y a des problèmes, le pouvoir médical et l'institution psychiatrique reprennent le dessus.

Pierangelo Di Vittorio : Le vrai combat qu'a mené Basaglia, c'est par rapport au Parti communiste italien. C'est grâce à un débat très tendu avec le PCI et les syndicats de gauche, au départ préoccupés surtout des postes de travail dans les hôpitaux psychiatriques, qu'il a pu faire passer l'idée de leur fermeture définitive.

Pour Basaglia, la question importante était celle de la subjectivité : l'alternative entre la subjectivité des malades et la subjectivité de l'institution. Il développe une sorte de « double écoute » : il arrive à entendre la subjectivité qui s'exprime dans le délire des internés et en même temps, le message politique contenu dans ce délire, le refus du statut d'exception des malades mentaux. Beaucoup de malades ensevelis dans les asiles étaient des gens issus du prolétariat ou du sous-prolétariat. A côté

de son oreille thérapeutique de psychiatre phénoménologue rigoureux, son oreille politique était attentive à la contestation de l'interné et à son appel à recouvrer des droits fondamentaux pour se reconstituer comme être humain, comme citoyen. Son combat institutionnel n'est donc pas idéologique. A un moment donné, il fallait choisir son camp : ou bien je choisis la subjectivité de l'institution en renouvelant sa fonction d'ordre public et de contrôle social ou bien je m'allie avec les gens internés qui essaient de sortir de l'enfer. Basaglia a changé tout le système des alliances à un moment où, en Italie, il bénéficiait du plus grand capital de pouvoir et de savoir : en tant que directeur d'un hôpital psychiatrique, il était l'autorité absolue du point de vue aussi administratif que scientifique et thérapeutique. Aujourd'hui, il serait encore possible et souhaitable un renversement des alliances : le problème est qu'aucun psychiatre ne pourrait mettre sur la table un « capital » comme celui de Basaglia. Beaucoup de pouvoir, peut-être trop de pouvoir est désormais dans les mains des managers de la santé publique...

Comment s'est passée la fermeture de l'hôpital psychiatrique à Trieste en 1978? Il existe chez nous une vision mythique de cette fermeture, comme une sorte de prise de la Bastille, de grandes portes qu'on ouvre, par où sortent les malades pour aller dans la ville.

Mario Colucci : A côté de l'aspect coup de force révolutionnaire, il y a eu là une dimension scientifique méconnue. Trieste est l'aboutissement de tout un travail accompli progressivement durant les années précédentes, en particulier lorsqu'il était directeur de l'hôpital de Gorizia. Là-bas, par des expériences, il démonte pièce par pièce l'hôpital psychiatrique : il ouvre un par un les pavillons des malades enfermés. C'est un travail qui dure sept ans. Dès 1968, Basaglia s'est battu pour obtenir de l'administration des logements type HLM pour loger des malades en dehors de l'hôpital quand cela était nécessaire.

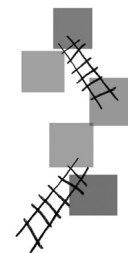
Il y a eu en 1968 un accident : un patient est sorti de l'hôpital et a tué sa femme. Basaglia eu l'intelligence politique d'offrir sa démission tout en réaffirmant sa position de fond : il avait démontré que l'on pouvait faire vivre les patients dans la ville même si, de temps en temps, il y a des accidents qui d'ailleurs surviennent aussi à l'intérieur de l'institution psychiatrique.

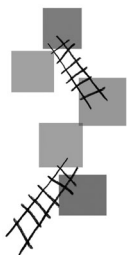
L'expérience de Trieste s'est disséminée dans plusieurs villes d'Italie : en Toscane, en Ombrie, en Emilie Romane, à Naples avec parfois des variantes par rapport à Trieste qui penchait du côté de la psychiatrie communautaire : la stratégie était pour d'autres d'encercler l'hôpital psychiatrique avec des services communautaires. Ce en quoi Basaglia n'était pas d'accord. Pour lui, il fallait casser la tête du dispositif asilaire : l'hôpital psychiatrique. Car même si seules restaient de petites structures asilaires, il y avait toujours la persistance d'un dispositif d'enfermement des malades dans la tête des soignants. Pour Basaglia, il faut brûler le bateau du retour possible ainsi que l'avait fait Cortès avec sa flotte quand il est arrivé avec ses troupes au Mexique.

Pierangelo Di Vittorio : Brûler le bateau de l'esclavage, l'expérience de la liberté, l'épreuve de la liberté dans le désert. Comme dans l'Exode, y a le moment de la libération, de l'émancipation, mais après il faut se subjectiver comme être libre. C'est le désert comme épreuve de la liberté. Il y a beaucoup de psychiatres qui n'ont pas supporté jusqu'au bout cette épreuve lancée par Basaglia.

Mario Colucci : De ce point de vue, j'ai vécu en France des réalités psychiatriques très brillantes, mais il y avait toujours dans la tête des psychiatres français la possibilité de remplir des lits.

Pierangelo Di Vittorio : Les lits d'internement, même s'ils sont vides, postulent a priori la dangerosité du malade mental.





Mario Colucci : Dans une situation de soin difficile avec une personne, on peut en tant que soignant avoir l'envie d'un lieu d'enfermement de la personne, mais par le fait que tu n'as pas à ta disposition ce lieu, cela t'oblige à rester sur la situation un jour, deux jours, une semaine peut-être jusqu'à trouver une solution et on trouve toujours cette solution.

Je me fais l'avocat du diable. Dans certains cas, j'éprouve le besoin d'extirper la personne de son lieu de vie habituel que j'estime pathogène pour la mettre dans un lieu, une ambiance moins agressive pour elle et parfois j'ai recours pour la protéger d'elle-même ou protéger son entourage familial à l'hospitalisation dans l'HP. Par ailleurs, aujourd'hui, l'HP en revient à ses missions originelles d'hospitalité et d'hospice : il devient une des institutions qui accueille en son sein les personnes les plus fragiles exclues par la société.

Mario Colucci : Je ne suis pas d'accord sur le fait de considérer l'hôpital comme un lieu d'hospitalité. Il y a de vrais lieux d'hospitalité, mais qui ne sont pas des hôpitaux. En particulier l'hôpital psychiatrique n'a jamais été un lieu d'hospitalité. Franca Basaglia, l'épouse de Franco Basaglia qui travaillait avec lui, disait le fou n'a pas besoin d'un lit à l'HP, il a besoin d'une maison, d'un appartement, d'une situation communautaire, mais pas d'un hôpital. A Trieste, nous avons aujourd'hui des petites communautés où vivent ensemble trois ou quatre personnes avec éventuellement un intervenant soignant. C'est complètement différent de la situation d'un hôpital psychiatrique avec cent, deux cents lits qui, certes, peut avoir une valeur thérapeutique limitée, mais reste sui generis un lieu d'enfermement. Pour l'hospitalité, il y a la possibilité de faire des lieux d'accueil qui ne sont pas pour toute la vie et qui sont plus familiaux.

La violence de la société française fait que de plus en plus de pauvres se retrouvent dans l'HP

et que de plus en plus de malades psychiatriques se retrouvent en prison.

Mario Colucci : Basaglia a commencé à contester l'HP lorsqu'il s'est rendu compte que 80 à 90 % de la population hospitalisée était une population pauvre. Les riches se faisaient soigner dans les cliniques privées ou par des psychiatres en exercice libéral.

A partir du moment où l'hôpital psychiatrique a été fermé, qu'est-ce qui a changé concrètement dans les pratiques, les déplacements des soignants, des soignés ?

Mario Colucci : A Trieste, aujourd'hui, les changements sont très visibles, ce qui n'est pas le cas partout encore en Italie. Il faut dire que la réforme a été très lente dans sa mise en application. La loi 180 a été votée en 1978, mais la fermeture complète des hôpitaux psychiatriques en Italie s'est achevée en 1996. Le début a été difficile avec des lieux d'excellence comme Trieste et ailleurs, des endroits où les malades une fois sortis de l'hôpital ont été laissés à l'abandon. Aujourd'hui, avec une certaine hétérogénéité selon les régions, il existe partout des petits centres de santé mentale qui couvrent des secteurs de 60 000 à 100 000 habitants. Pour Trieste, il y a quatre secteurs, avec pour chacun un centre de santé mental qui en est le pivot. Chaque centre de santé mental ouvert 24 h sur 24 dispose de huit lits pour des hospitalisations ouvertes de quelques jours. Ces hospitalisations correspondent à des situations de crises que peut traverser un malade à un moment donné. La grande différence avec l'hôpital psychiatrique est que tu es avec la personne que tu connais et qui te connaît préalablement en tant que soignant dans son quartier, dans la communauté de vie. On voit la personne quand elle est bien et quand elle est mal. On connaît sa maison, sa situation de vie. Nous faisons facilement des visites à domicile, parce que nous sommes insérés complètement dans la ville. Nous sommes connus des parents de la personne, des voisins, des policiers. C'était cela

originellement l'idée du secteur psychiatrique en France.

Il existe aussi à Trieste une vingtaine d'appartements thérapeutiques avec différents niveaux d'assistance pour la personne malade. Il y a des appartements où la personne vit toute seule et d'autres où il y a un intervenant pour la convivialité, la préparation des repas, l'aide à la vie quotidienne.

Dans d'autres villes, il y a des situations différentes, car la réforme est moins aboutie. Ce n'est pas le centre de santé mentale qui est le pivot de la prise en charge du malade, mais l'hôpital général qui contient une unité psychiatrique d'urgence. Là, le système reste très, trop médicalisé.

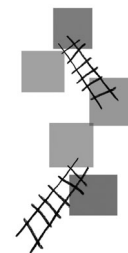
Pierangelo Di Vittorio : Une des difficultés pour approcher l'expérience italienne est la suivante. Habituellement, dans un processus de réforme, il y a quelque chose qui vient en plus par rapport à la situation précédente, mais ici il s'agit de quelque chose en moins : avec la loi 180, on a fait disparaître les hôpitaux psychiatriques et le statut d'exception des malades mentaux. En général, on peut dire que la qualité de la vie d'une personne est faite par des pleins et par des vides. A un moment donné, la vie peut être tellement pleine de toutes sortes de choses qu'elle s'en effondre. Un peu de vide est nécessaire pour bien vivre. Si l'on veut, cela relève toujours de l'expérience de la liberté et des ses paradoxes. En Italie, au tournant des années 1960-70, on a creusé un peu de vide dans l'espace psychiatrique, on a enlevé deux maillons qui bouclaient la boucle du système : l'hôpital psychiatrique d'une part et d'autre part sa rationalité sous-jacente qui dit qu'il faut répondre par des dispositifs de sécurité au danger dont la folie est considérée, par nature, porteuse. De sorte que même si, aujourd'hui, les systèmes de soin sont en crise globalement aussi bien en Italie qu'en France, le desserrement de l'étau en psychiatrie a permis peut-être une réponse de meilleure qualité en Italie, notamment dans les suites du 11 septembre 2001 et de la vague sécuritaire qui s'en est suivie. Quand je dis une réponse de meilleure qualité, je veut dire justement « plus libre » : il n'y a pas un

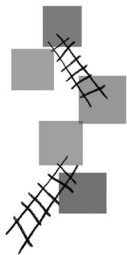
réflexe conditionné, il y a, au contraire, une marge pour s'engager de manière responsable et pour inventer ensemble des solutions possibles. En cas d'incidents, nous ne sommes pas réabsorbés d'entrée de jeu par la grande machine sécuritaire. La santé mentale résiste malgré tout à l'amalgame pernicieux proposé souvent par le discours sécuritaire. Par exemple – c'est la chose la plus banale qui me vient à l'esprit – l'installation de systèmes de surveillance vidéo dans les services psychiatriques est encore « inconcevable » en Italie...

La retombée fondamentale de la fermeture de l'HP chez vous n'est-elle pas d'avoir démontré que la folie n'avait rien à voir avec la question de la dangerosité ?

Pierangelo Di Vittorio : Si les deux rivages de la psychiatrie ont toujours été sa vocation thérapeutique d'une part et d'autre part sa fonction de défense sociale, pour aller d'une rive à l'autre il faut nager ou utiliser des ponts. En France, il y a peut-être encore trop de ponts entre les deux rives et la notion de dangerosité permet de passer sans cesse de l'une à l'autre. En Italie, on a en quelque sorte interrompu ce continuum. On a simplifié le système, en tournant la page par rapport à toute la technologie disciplinaire qui était au fond de la thérapeutique asilaire. Cela dit, on a fini par plonger dans la santé mentale comme technologie biopolitique qui s'occupe des populations plutôt que des sujets. En Italie, les vrais problèmes sont ce qui n'apparaissent pas comme des problèmes. Par exemple, la dimension thérapeutique : on pense qu'une bonne pratique de santé mentale doit répondre parfaitement aussi à la demande subjective des patients, ce qui n'est pas toujours vrai...

Mario Colucci : Un exemple concret sur cette question de la dangerosité pour laquelle de nombreux médecins français qui viennent nous voir à Trieste nous interrogent. Dans le centre de santé mentale, qui peut héberger sans contrainte dans ses quelques lits des grands fous, par exemple des personnes schizophrènes, il y a un jardin ouvert





dans lequel circulent librement ces patients ainsi que des enfants d'une école maternelle voisine. Quel étonnement pour nos visiteurs français de voir se côtoyer nos malades et les enfants. Comment une telle situation est possible chez nous à Trieste ? Le Centre de Santé Mentale existe dans le quartier depuis 1980. La population connaît les soignants, les malades, les locaux, nous y organisons régulièrement des fêtes ouvertes à tout le monde. Quand il existe une telle relation de confiance, la dangerosité se démonte : la mère qui vient avec son enfant dans le jardin n'a pas peur. La dangerosité est une situation construite. Il y a bien sûr chez nous des malades qui peuvent faire des actes dangereux, mais ces patients sont traités dans un lieu ouvert et déjà cela crée une relation de confiance. Cette confiance n'est pas seulement entre le soignant et le malade, mais aussi avec la population du quartier qui constate que nous sommes capables de prendre en charge une personnes supposée dangereuse dans un lieu ouvert. Cela nous oblige aussi à expliquer et parler beaucoup avec les malades.

Est-ce que ce dispositif de soins tel que tu nous le décris a changé ta façon de soigner ?

Mario Colucci : Je travaille dans un lieu où l'accueil de la personne est très facile. Toute personne qui se présente au Centre médical de santé psychiatrique (CMS) est reçue par quelqu'un qui fait l'accueil et si elle souhaite voir un médecin, je me rends disponible pour la recevoir sur le champ. Cela peut être par exemple le voisin d'une personne qui vient au CMS pour dire que untel l'inquiète par son comportement. Je le reçois et lui demande de m'expliquer la situation qui l'inquiète et si besoin je me propose pour aller avec lui rencontrer cette personne. Quand il y a des problèmes, il faut être dans la situation et parler beaucoup. Nous avons un patient schizophrène qui aime bien aller dans une banque pour aller y voler les clés des coffres-forts individuels, ouvrir les coffres et y déposer des dépliant publicitaires. Le directeur de la banque est venu nous voir pour nous dire que le

comportement répétitif de cette personne lui posait quelques problèmes et qu'il fallait que lui et moi on fasse quelque chose ensemble. Je me suis entretenu avec cette personne malade en lui disant : « Mais qu'est ce que tu fais en volant sans cesse les clés des coffres de la banque, nous allons parler ensemble avec le directeur de la banque » et depuis cet entretien, il n'a plus volé. Il avait été considéré comme une personne raisonnable et pas comme un fou. C'est cela qu'il recherchait dans ses vols de clés.

Pierangelo Di Vittorio : Je voudrais revenir sur ce vide creusé dans la psychiatrie. En Italie comme en France, on parle du couple dangerosité/sécurité. Dans le vide entraîné par la fermeture des asiles en Italie, il y a eu une recolonisation de l'espace psychiatrique : quand cela marche bien, cette recolonisation se fait avec un niveau bas de médicalisation, c'est la vie quotidienne qui le plus souvent soigne, ce sont les relations à l'intérieur de la communauté entre les patients, les professionnels, les familles. Si on regarde de façon plus générale le développement de la technologie sécuritaire dans les sociétés modernes, la psychiatrie n'est pas un domaine comme un autre. L'histoire du couple dangerosité/réponse sécuritaire et l'histoire de la psychiatrie se recourent. Avoir cassé ce couple dans le domaine psychiatrique offre sans doute des possibilités de résistance contre la politique du tout sécuritaire qui menace aujourd'hui les droits et la liberté. Il serait important que l'Union européenne s'engage à promouvoir une santé mentale émancipée de la notion de danger et de réponse au danger...

Mario Colucci : Si je pense à mon rôle de psychiatre, la population peut me demander des mesures d'ordre sécuritaire, par exemple le voisin qui vient me voir en me disant « Untel a le gaz dans son appartement et avec son comportement, j'ai peur qu'il nous fasse tous exploser. Il est incapable de gérer sa vie, il faut que vous fassiez quelque chose ». Il faut répondre quelque chose à cette crainte : « Pourquoi pensez-vous que cette personne n'est pas capable comme vous et moi de



gérer le gaz?» Quand on se met en situation, on peut débloquer ce type de situation jusqu'au point où le voisin inquiet propose ses services pour aider le malade. Un autre exemple est le voisin d'une personne alcoolique qui se propose de lui donner chaque jour les médicaments dont elle a besoin, parce que ce voisin se souvient des liens amicaux qu'il avait avec le malade avant qu'il ne soit trop malade de l'alcool. Le voisin accepte cette posture de soignant et nous avons réussi à créer un lien social nouveau avec le malade.

Là où l'hôpital psychiatrique apportait sa solution avant même la rencontre avec le malade, aujourd'hui, parce qu'il n'existe pas de solution préétablie, la solution sera trouvée en situation de soin dans l'espace vide d'une scène qui va être improvisée entre le soignant et le soigné. Je trouve « la » solution avec « le » malade lors de « notre » rencontre.

Pierangelo Di Vittorio : Ceci dit, la situation en Italie aujourd'hui n'est pas idyllique. Par exemple, du point de vue de la formation, c'est un échec total. Nous n'avons pas réussi à faire entrer Basaglia à l'Université. Les spécialistes en psychiatrie ne savent pas aujourd'hui qui est Basaglia. Il existe par contre une technicisation de la psychiatrie avec une culture bio-médicale qui menace les pratiques de psychiatrie communautaire.

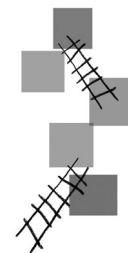
Mario Colucci : Certes, j'utilise des neuroleptiques, mais quand à l'hôpital on donne 16 mg par jour d'halopéridol à une personne, moi je n'en prescris jamais plus que 4 mg parce qu'à côté de ma prescription médicamenteuse, il y a le cours de théâtre, l'équipe de basket-ball ou la coopérative sociale qui fournit un travail.

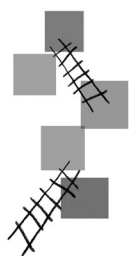
Est-ce que la réforme psychiatrique a entraîné d'autres mouvements pour les divers intervenants soignants : l'infirmière, le psychiatre, le médecin généraliste ou d'autres acteurs par exemple?

Mario Colucci : J'entre en contact systématiquement avec le médecin généraliste de la personne par téléphone ou par lettre. Quand le patient ne va pas bien dans le CMS, j'invite le médecin généraliste à venir le rencontrer au CMS avec moi. Les patients que je suis souvent me demandent de les soigner pour autre chose que leur souffrance psychique. Je leur explique alors que leur problème n'est pas de ma compétence et alors nous les redirigeons si nécessaire avec l'accompagnement d'un infirmier vers leur généraliste et nous pouvons parler ensemble.

Une dernière question, celle de la psychiatrie à l'échelle de l'Europe. Dans les années 1970, nous avons une effervescence dans les idées, les expérimentations, les polémiques : l'Angleterre, l'Italie, la France bouillonnaient de remises en cause des modèles dominant en psychiatrie, aujourd'hui tout cela semble être retombé. Aujourd'hui, pour vous, depuis votre regard italien, quel enjeu pour l'Europe?

Pierangelo Di Vittorio : A l'époque de Franco Basaglia, dans la culture du mouvement italien, on parlait anglais, français et allemand. Il y avait toutes sortes de références : Husserl, Heidegger, Jaspers, Binswanger, Minkowski, Sartre, Merleau-Ponty, Fanon, Goffman, Foucault, Castel, l'expérience de la communauté thérapeutique de Maxwell Jones, l'expérience française de la psy-





chothérapie institutionnelle. Aujourd'hui, on parle beaucoup moins allemand et français et beaucoup plus anglais. Ce n'est pas tellement une question d'appauvrissement culturel, je crois qu'il s'agit plutôt d'un choix de camp très précis à l'intérieur de l'héritage de Basaglia. Et les héritages, comme on sait, sont toujours des champs de bataille. Pour ce qui nous concerne, au-delà de l'intérêt pour des intellectuels français tels Michel Foucault et Jacques Lacan, on a toujours trouvé féconde la comparaison entre le mouvement italien et le mouvement français pour comprendre ce qui s'est passé dans les années 1960-70 et les enjeux

actuels de la psychiatrie. C'est un fait remarquable que l'édition française de notre livre sur Basaglia a été inspirée et réalisée par Patrick Faugeras, un psychanalyste qui est dans la mouvance de la psychothérapie institutionnelle. C'est une étrange et heureuse circonstance qui jette les bases pour de nouvelles alliances. La construction européenne a sans doute besoin des ces héritages, surtout parce qu'ils restent des réservoirs de pensées rigoureuses et critiques.

Propos recueillis par Patrice Muller



Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, Paris 2006

Résumé : Le Plan Hôpital 2007, la nouvelle tarification et le SROS de troisième génération ne sont pas de nouvelles réformes dans la continuité de notre histoire hospitalière française, mais la déclinaison nationale d'une contre-réforme libérale globale. Dans cette entreprise, la logique d'une couverture sanitaire optimale du territoire conforme aux intérêts de la population est sacrifiée à la logique que sous-tend la nouvelle tarification, imposant une recherche de rentabilité et sanctionnant même, ceux qui voudraient s'éloigner du « moindre coût » pour se rapprocher du « juste besoin ».

Docteur « SROS » et Mister « T2A » : le territoire assassiné

Sénèque; Lettre à Lucilius,
premier siècle av. JC, Cordoue :
« *Nous ne demandons plus ce que sont les choses,
mais combien elles coûtent ?* »

Malaise dans les territoires ; fermetures de lits, puis de maternité, de dispensaires ; d'hôpitaux de proximité, plus de trois cents blocs opératoires menacés ; création partout de « comités de défense »... Le caractère étendu de la menace fait « sens ». Il oblige à une réflexion globale et au dépassement de la défense de telle ou telle structure menacée, pour imposer une réaffirmation du besoin de service public et le respect de leur mission, partout sur le territoire.

Au cœur de ces débats, les directeurs d'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) sont poussés à la schizophrénie par une double contrainte : ils ont pour mission de mettre en œuvre la réforme « plan Hôpital 2007 », sa gouvernance et sa tarification à l'activité (T2A). Ils ont aussi pour mission d'élaborer et imposer le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) pour répondre aux besoins des populations.

La question est de savoir si ces deux logiques sont compatibles ? Et laquelle l'emportera ?

La construction des territoires de soins

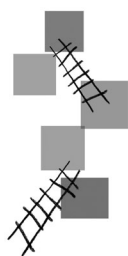
L'accès au soin excluant toute sélection sur critère économique ou géographique est une conquête sociale qui résulte d'une conception « politique » de la solidarité inscrite dans le droit, comme dans le préambule de notre Constitution. L'organisation des territoires de soins vise à la satisfaction des besoins des populations. Et fonde un des socles de notre « contrat social ».

Loin d'être moderne, cette exigence motivait déjà l'Ancien Régime qui nous a légué un patrimoine hospitalier considérable, même en zone rurale et les républiques successives ont contribué à doter notre pays d'un « maillage sanitaire » performant. Nul ne se plaint de ce que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous désigne bénéficiaires du meilleur système de santé qui soit... Cette qualité reconnue résulte d'une protection sociale solidaire et aussi d'un réseau sanitaire qui, au côté de la médecine libérale, offre un service public très développé dans lequel CHU, hôpitaux généraux et locaux, dispensaires, jouent un très grand rôle, même si persistent des inégalités encore criantes entre territoires.

Le concept de « Carte Sanitaire », depuis longtemps mis en œuvre, a été inscrit dans la « Loi

Jacques Richaud

Praticien Hospitalier



Hospitalière» du 31 décembre 1970 avec pour objectif de «*Prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale, la demande de santé...pour répondre aux besoins de la population*».

Il est défini un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) qui «*fixe les objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire*».

Jusqu'aux années quatre-vingt, cet objectif de réduction des inégalités territoriales a été réaffirmé et financé par les gouvernements successifs, pour un renforcement des structures et équipements d'une médecine qui se voulait «déconcentrée»; les grands hôpitaux ne conservant le monopole que des activités à très haute technicité.

Le nouveau paradigme libéral

La recherche, dans tous les domaines, de la «rentabilité économique» concerne désormais le secteur sanitaire et social. Il ne s'agit pas d'une affaire franco-française ; l'idéologie dominante est celle de la mondialisation libérale faisant de la santé «Un marché comme les autres». La tendance lourde est au désengagement des financements étatiques pour la promotion d'acteurs privés, tant au niveau de la protection sociale que de l'organisation des soins.

La santé soumise désormais aux lois du secteur marchand et à l'appétit de ses actionnaires ne peut que voir le retour de fortes inégalités territoriales : le libéralisme s'accommode fort bien d'une construction très inégalitaire de l'accès aux soins. Elle peut être observée à l'échelle planétaire dans les relations Nord-Sud, mais aussi au cœur même de l'empire libéral que représentent les Etats-Unis. L'apartheid social est inscrit dans la logique même du système libéral et représente une des conditions de sa « prospérité » si mal partagée.

Les outils mis en place et les objectifs définis sont ceux de la « marchandisation » de la Santé. L'«Hôpital-Entreprise» avec sa nouvelle «gouver-

nance», ses «pôles» d'activité, sa «tarification à l'activité» et la «contractualisation» de ses missions comme de ses personnels a pour seul objectif la rentabilité. La révolution libérale a tourné la page du contrat social et d'un aménagement du territoire qui viserait en premier à réduire les inégalités.

La mise en œuvre a été progressive

Les SROS 1 (1994) et SROS 2 (1999) préexistaient à la réforme «Hôpital 2007» (élaborée en 2002). Ils avaient initié les processus de restructurations et entraîné déjà la fermeture de 90 000 lits en douze ans !

Le SROS 3 (de troisième génération), à partir de la circulaire du 5 mai 2004, envisage dans chaque région des mesures plus radicales qui clairement ne correspondent plus aux «besoins des populations», mais à l'objectif économique de rentabilité : la mise en concurrence, la comparaison des coûts et l'alibi des normes sécuritaires que l'on voudrait partout calquer sur celles des grands centres de référence, servent de justificatifs au démantèlement de l'existant, quel que soit l'avis des populations concernées. Après les maternités, les services de chirurgie et d'urgence sont les plus concernés. «L'excellence», qui évoquait la qualité, a été remplacée par «l'efficacité» qui évoque la productivité.

Cette contre-réforme libérale n'a été rendue possible que par une succession de réformes législatives : la loi hospitalière de 1991 définissait les «lits» et les «activités de soins» et les conditions d'attribution des autorisations, par le ministère ou par l'ARH, après «avis consultatif» du Comité National ou Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CNOSS ou CROSS), selon la nature des activités. Tous les textes ultérieurs s'inscriront dans la logique des exigences de l'Accord Général sur le Commerce des Services (AGCS) de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) définissant la Santé comme un «Service Commercial». La «loi Constitutionnelle» du 28 mars 2003 sur la «Décentralisation» prévoit des «expérimentations» possibles dans les régions et la remise en

cause du statut unique de la fonction hospitalière. L'ordonnance du 4 septembre 2003 transpose de nombreuses mesures du droit privé dans le droit hospitalier. La loi sur l'Assurance maladie du 13 août 2004 est suivie du « plan Hôpital 2007 » imposé par ordonnance et sans débat démocratique. Il est suivi des circulaires du 5 mai 2004 et 27 mai 2005 relatives au SROS de 3^e génération et à « l'élaboration quantifiée de l'offre de soins », aboutissant à « la suppression de la Carte Sanitaire » remplacée par des « territoires de Santé » dans lesquels rien ne distingue plus l'offre de soins publique ou privée, autorisant même la privatisation, totale ou partielle, de structures publiques existantes. Cette évolution est conforme aux attentes du *think tank* libéral que représente l'Institut Montaigne dirigé par Claude Bébéar (ancien patron des assurances AXA) dans un document remis au gouvernement Raffarin : *L'Hôpital réinventé, synthèse et propositions*. Il faut observer que la primauté du marché et de la concurrence, y compris dans le domaine sanitaire, était inscrite comme devant devenir constitutionnelle et irréversible dans le projet de Traité Constitutionnel Européen qui a été rejeté en France le 29 mai 2005. Mais dans le cadre juridique européen, l'entité « hôpital » n'existe déjà plus ; les lits sont de l'hôtellerie, les dossiers médicaux de l'information, les médicaments des fournitures, la protection sociale de l'assurance et les personnels des « producteurs de soins » !

L'ère de la T2A est donc arrivée !

La tarification à l'activité a l'ambition de mesurer, pour pouvoir les mettre en concurrence, le coût des soins dans chaque établissement, comme si le soin budgétisé résumait à lui seul l'activité des professions de santé ! Une fausse science, le codage, sert désormais de base à une vraie doctrine qui organise la concurrence en recherche du « moins disant » pour la prise en charge de chaque pathologie, l'économie réalisée même au prix de la qualité ou de la sécurité étant seule mesurable est donc élevée au rang de vertu ! Il s'agit « d'optimiser » la production de soins pour dégager des

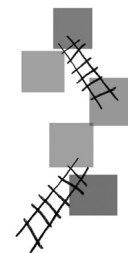
bénéfices. Le 9 novembre 2005 le Pr. Grimaldi (La Pitié-Salpêtrière, Paris) sonnait l'alarme « Hôpital 2007 viole l'éthique médicale ».

Pourtant le Conseil Economique et Social dans le rapport d'Eric Molinié en 2005 avait osé écrire « *Il est impossible, illégitime et dangereux de réduire l'hôpital à une entreprise productive de soins...* » Le Conseil dénonce les dangers de la T2A avec « *risque de sélection des patients... économie sur la qualité et la sécurité... incidence négative sur les tâches de prévention et d'éducation sanitaire... non-respect du temps du soin...* » Le Conseil affirme que « *... Il faut affirmer la primauté du soin sur l'économie* ».

La Fédération Hospitalière de France elle-même (FHF), regroupant les directeurs d'établissements, s'inquiète des interférences entre les logiques de la T2A et celles du SROS 3 : « *Les effets restructurants de la T2A risquent de peser plus que les bonnes intentions des SROS... Des activités seront supprimées sur critères économiques, indépendamment de leur inscription éventuelle dans le SROS* ». Les exemples sont déjà nombreux de cette dérive annoncée.

On peut craindre aussi que la convergence annoncée des tarifs public-privé dans le cadre de la T2A soit défavorable aux structures publiques les plus impliquées dans la prise en charge des pathologies lourdes ou de la précarité ; la comparaison ou l'évaluation des coûts servirait alors à justifier des fermetures ou privatisations d'établissements pénalisés d'avoir poursuivi leur mission sociale. La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) remettait le 23 janvier 2006 un rapport au Premier ministre constatant déjà l'existence de fortes inégalités géographiques et sociales en France dans l'accès aux soins et à la prévention.

Mais la fuite en avant idéologique se poursuit : le Pr. Guy Vallencien (Institut Montsouris, Paris) remettait le 3 avril 2006 un rapport qui concerne les « petits hôpitaux publics » et préconise la fer-



Résumé : L'auteur, acceptant d'être « l'avocat du diable » de par sa profession, met en lumière la façon dont, malgré des aspects novateurs, le SROS III peut exposer la santé publique à des dangers, alors qu'il peut être un instrument positif en matière de démocratie sanitaire.

SROS III :

un atout ou une menace pour la santé publique ?

Les textes qui bordent la préparation du nouveau Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (dit SROS III ou de 3^e génération) (1) et notamment la circulaire d'octobre 2004 ont apporté des éléments réellement novateurs par rapport aux précédents schémas, en particulier sur cinq aspects :

- Le schéma général doit intégrer le schéma d'organisation de la psychiatrie et cela sans pour autant dénoncer la politique sectorielle.

- Le SROS doit, désormais, être élaboré en cohérence avec le Programme Régional de Santé Publique (PRSP) : autrement dit, il doit intégrer les préoccupations relatives à l'éducation pour la santé, à la promotion de la santé en général. La place du secteur ambulatoire, et en particulier de la pratique généraliste, est aussi prévue dans ce processus d'élaboration du SROS.

- Pour la première fois, il est fait explicitement mention de démocratie sanitaire dans les conditions dans lesquelles doivent être élaborés ces nouveaux schémas.

- Le Projet Médical d'Établissement (PME) reste la base pour le fonctionnement de chaque établissement. Il est élaboré pour une période de cinq ans.

Aujourd'hui son rôle s'estompe au profit du Projet Médical de Territoire (PMT).

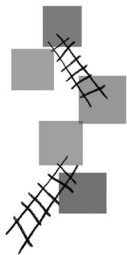
- La notion de graduation de l'offre de soins doit apparaître très clairement cette fois-ci, notamment dans l'élaboration du PMT.

On ne peut pas dire, a priori, que ces orientations soient suspectes, elles sont même porteuses de dynamiques très positives en soi. Tout dépend de l'utilisation qu'on en fait. Il ne faut pas oublier que la Région est maintenant le niveau décisionnel en matière de planification de la santé, en particulier pour ce qui est de l'offre de soins. La Région est un niveau pertinent pour la décision en matière de planification, mais si certaines conditions ne sont pas respectées, on retombe dans le règne des décisions technocratiques et on connaît le résultat de ce type de processus...

Pour le SROS III, les choses sont déjà bien avancées : les directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) ont arrêté les Schémas au plus tard à la date du 31 mars 2006. Les PMT doivent être finalisés en octobre, la dernière étape sera celle de la signature des contrats d'objectifs que chaque établissement doit passer avec l'ARH avant le 31 mars 2007.

Henri Dubois

*Médecin Inspecteur de Santé
Publique à la DDASS 47*



Quels sont les obstacles, les failles et les contraintes ?

L'obstacle des délais impartis.

Certaines régions ont travaillé très en amont de ces étapes et associé un grand nombre de professionnels concernés, dont les médecins généralistes. Il est beaucoup moins probable que les populations aient été associées au-delà des représentations très symboliques et formelles prévues par la réglementation. Nous avons, nous-mêmes, eu ce type d'expérience, en Lot-et-Garonne, en 2001 et 2002, sur une partie du territoire de santé, au niveau du bassin de santé d'Agen-Nérac, avec la participation des professionnels et des représentants de la population. Il est donc possible de travailler ainsi, sans pour autant pouvoir remettre en cause le niveau de décision qui est régional. Pour l'Aquitaine, cette dynamique s'est limitée à la Région sans volonté d'associer les départements. Les propositions dans ce sens ont même été systématiquement ignorées pour ne pas dire plus. Le résultat est que la dernière partie (préparation du PMT qui devra être validée par la Conférence Sanitaire de Territoire de la fin du mois d'octobre) se voit réserver un temps extrêmement contraint qui ne permettra pas d'associer au débat tous ceux qui auraient pu l'être. On sait pourtant, comme cela est écrit dans tous les bons traités de planification, que plus les personnes concernées sont associées tôt au processus, plus le plan a des chances d'être exécuté.

Ce qui est souhaitable, c'est que le niveau de proximité, c'est-à-dire le département, les territoires de santé comme on les appelle en matière de Schéma, mais aussi, à l'intérieur de ceux-ci, les territoires de proximité (2) soient associés aux travaux d'élaboration du corps du SROS lui-même, puis à la préparation des annexes et du PMT. Si les participants sont clairement informés, dès le départ, du processus décisionnel, s'ils savent que c'est un avis qu'ils vont émettre, il ne peut y avoir aucune confusion avec ce processus proprement dit.

La notion de masse critique.

Par expérience, tout technicien sait que pour un geste effectué à une fréquence insuffisante, le

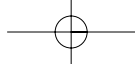
risque d'erreur est plus important. Le tout est de pouvoir connaître exactement cette fréquence pour les différents gestes : en chirurgie, en obstétrique, etc. Or il semble bien qu'un certain nombre de ces masses critiques qui ont été érigées en règles (300 accouchements/an, 2000 interventions chirurgicales/an pour un plateau technique...), l'aient été de façon plutôt arbitraire, d'où des doutes sur la pertinence de décider de telle ou telle fermeture, et donc des débats confus où d'autres intérêts, qui n'étaient pas forcément plus du côté de ceux de la population, venaient interférer avec les impératifs de sécurité sanitaire.

La réalité du manque de ressources humaines.

Dans un nombre grandissant de cas, c'est l'impossibilité pour un établissement de santé de recruter des chirurgiens, un ou des obstétriciens, un pédiatre, ou un anesthésiste qui oblige à « réduire la voilure ». Il n'y a pas de consignes de fusion venant du « haut », mais l'accent est mis sur la recherche systématique des complémentarités entre établissements (3). De plus en plus apparaissent de nouvelles normes de « masses critiques » pour certaines activités. Mentionnons également le fait que la complexité des dispositifs exigés pour pouvoir exercer certaines activités (de réanimation, par exemple), limite obligatoirement le nombre de tels services dans un département, ou plutôt sur un territoire de santé.

Les impératifs économiques

La tarification à l'activité (T2A) pour le secteur public hospitalier oblige de plus en plus les établissements à adopter des impératifs de rendement de leurs activités (sachant que dans un délai qui n'est plus éloigné, il sera tout à fait vraisemblable d'assister à la cessation d'activité d'un établissement public de santé faute de moyens, et sans considération de son utilité à l'endroit où il est). Cette T2A qui veut, à juste titre, resserrer les moyens mis sur les établissements en fonction de leur activité, est élaborée sur la base d'une nomenclature extrêmement lourde, puisque la logique qui la sous-tend est celle du principe libéral du paiement à l'acte.



Elle minore donc, ou tout au moins ne valorise pas correctement, tout ce qui n'entre pas dans cette logique, mais qui appartient au concept de service public, concept qu'on peut craindre en voie de disparition. De plus, pour des raisons de recherche de « convergence » avec le privé (voir récent rapport de l'IGAS), on ira aussi, dans cette logique de tarification à l'activité, vers une exigence de rentabilité accrue des infirmières en matière de soin, donc vers une diminution de leur nombre tout en assurant une charge en soins identique, mais moins coûteuse. On sait ce que cela veut dire en matière de qualité de la prise en charge : moins de temps pour l'écoute des patients hospitalisés et pour leur parler... *Circulez, ceci n'est pas du soin !*

Il faut également savoir que l'enveloppe budgétaire régionale, de toute façon, est « fermée » : ce qui est prévu pour les établissements (fonctionnement, soins, médicaments, etc.) ne peut augmenter en fonction de l'activité. Donc, si celle-ci augmente, le coefficient qui est attribué à chaque acte pour le valoriser en euros va diminuer. D'où l'importance, à l'issue de l'élaboration du PMT, du « partage » des « objectifs quantifiés » entre les établissements publics et privés émergeant à ce Projet. En effet, des objectifs quantifiés ont été calculés de façon extrêmement obscure, tout au moins dans notre Région, qui reprennent la quantité d'actes effectués sur plusieurs années dans chaque domaine et qui sont ensuite affublés de coefficients sensés traduire une projection démographique (nombre d'habitants aux différents âges et évolution des pathologies les affectant !). Ce sont ces objectifs qui vont déterminer la part d'enveloppe qui sera attribuée à chaque acte, et qui va déboucher sur ce que j'évoquais plus haut.

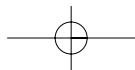
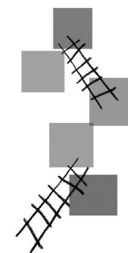
La fusion-concentration d'établissements

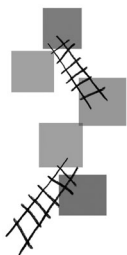
Compte tenu de ce qui vient d'être décrit et analysé, on peut dire que cette recommandation est présente dans les annexes du Schéma au niveau de chaque territoire de recours en particulier. Actuellement et à ma connaissance, ces recommandations se limitent à des regroupements de

plateaux techniques sur un même site, afin de limiter les doublons et les dérives évoquées précédemment : insuffisance des ressources humaines, nombre d'actes trop faibles par praticien dans des domaines critiques ; on ne peut donc pas dire qu'il y a de risque de distendre le réseau de proximité. Ainsi à Marmande où il existe deux cliniques et un centre hospitalier, des accords précis régissent le loyer que paiera simplement le privé à l'établissement public. Ceci pour l'aspect financier. Le champ du privé sera celui qu'il occupait déjà en étant sur son propre plateau technique. Là, il s'agit principalement de spécialités chirurgicales que le centre hospitalier n'assurait pas, les annexes du SROS prévoient UN seul plateau technique... cela implique obligatoirement des regroupements, l'un d'entre eux est déjà amorcé. Il en va de même à Villeneuve où il y a un centre hospitalier et une clinique : dans les annexes au schéma on trouve un seul plateau technique à l'issue du SROS III.

Le risque existait déjà à l'époque où M. Mattéi, ministre de la Santé, envisageait de grosses maternités (3-4000 accouchements/an), avec des « maisons de la naissance » à côté. Cette tendance à n'avoir plus qu'une seule maternité dans un département comme le nôtre, ce qui serait une vraie menace pour la santé publique et pour la sécurité de la naissance, pourrait revenir. Pour le moment, ce « risque » semble écarté, mais il convient de rester vigilants ! La concentration des plateaux de réanimation, qui est maintenant effective, compte tenu des nouveaux textes sortis, répond à des impératifs de sécurité sur lesquels il semble difficile de revenir actuellement. Mais c'est un facteur indéniable de concentration d'une partie de l'activité chirurgicale sur les centres de moyenne importance.

Ce débat autour du risque d'appauvrissement du tissu de proximité en matière d'établissements de santé n'est pas simple, car le principe de réalité nous impose objectivement certains resserrements, mais on sait que, dans le même temps, le risque de désertification de ces zones s'accroît. Par ailleurs, la population elle-même se déplace pour partie beaucoup plus facilement qu'avant et elle





n'hésite pas à le faire pour des raisons de confort, en premier lieu, puis peut le faire pour de nombreuses autres raisons, notamment si elle perçoit qu'il y va de sa sécurité. Ceux qui sont pénalisés sont alors ceux qui perdent leur autonomie, notamment pour des raisons de vieillissement, et les plus démunis qui n'en n'ont jamais tellement bénéficié.

En conclusion

Je pense qu'à ce niveau du débat, il importe de renouer avec la place du médecin de famille dans ce tissu à la fois humain et sanitaire, et les débats de fond en cours sur ses conditions d'exercice : les questionnements autour de la permanence de soins et la place du médico-social dans ce tissu. La prise en considération de ces deux facteurs, qui sont la base du fonctionnement des *réseaux de santé de proximité*, permettrait probablement de ne pas se crispier sur des positions pas toujours évi-

dentés à maintenir, ou même à argumenter, mais de recomposer un tissu viable et permettant que la vie sociale reste attractive dans tous les territoires du pays.

Bien sûr, il en va de même des autres services publics et, en particulier, de celui des transports qui est très insuffisant, particulièrement dans les zones en difficulté. Il importe qu'on soit vigilant pour discerner tout ce qui est contraint d'abord comptable, quand il s'agit de débattre d'aménagement humain des territoires en gardant une très grande sensibilité aux services de proximité.

Le respect de la démocratie sanitaire, notamment dans la préparation des Schémas, puis dans le suivi de leur exécution, est un élément fondamental pour garantir le respect de ce principe de l'accès à des soins pour tous et de qualité, notamment sur le plan humain avec le souci du respect de la dignité des personnes.

1. La disparition de la carte sanitaire est une chance de pouvoir faire de la planification en essayant de coller au mieux aux attentes des populations et des professionnels plutôt qu'à coup d'indices rigides fabriqués de façon très artificielle (calculs statistiques et effets de moyennes !). Mais le défaut de contrôle citoyen sur ces processus peut être également la porte ouverte à des arbitrages... arbitraires, par exemple régis par des préoccupations essentiellement comptables.

2. Territoires de proximité : agrégation des zones de patientèle autour d'une offre de soins minimale, structurée ou ambulatoire. Caractérisée par un délai maximum de 20 à 30 minutes d'accès à une offre de soins libérale médicale et paramédicale, c'est le lieu de l'in-

terface médecine libérale-offre de soins structurée (si elle existe, comporte de la médecine, des soins de suite et des soins de longue durée). Le Projet Médical de Territoire définit par arrêté du 6 juin 2005 d'autres niveaux en fonction du délai d'accès aux soins, puis les Offres Régionale, interrégionale et enfin transfrontalière.

3. En Lot-et-Garonne, à Villeneuve et Marmande, essentiellement (pas encore opérationnel), le privé prendrait sa chirurgie et risque de mordre de plus en plus sur celle qui ressortait de l'établissement public, celui-ci s'appuiera la médecine, beaucoup de personnes âgées, continuera la maternité, et les hospitalisations de problèmes moins gratifiants.

Résumé : Si le plan Hôpital 2007 organise clairement l'adaptation de l'hôpital à l'idée que soins et santé sont des biens de consommation, la notion de « territoires de santé » fonctionne comme un leurre alors que là s'organise la distribution, par les Agences Régionales de l'Hospitalisation, des parts du marché de la santé entre producteurs concurrents.

Secteur psychiatrique et territoire de santé : le marché avance masqué

Travailler avec des aires géo démographiques, du mouvement et des temporalités n'a pas d'ordinaire de quoi dépayser un psychiatre de secteur. Jouer avec les mots et les représentations non plus. Pourtant les « territoires de santé » des SROS III (2006-2010) m'ont d'abord rendue confuse. Je tente donc de clarifier ici leurs rapports avec ce qui s'appelle encore la « psychiatrie de secteur » et l'hôpital public, dont elle dépend, en proie au « plan Hôpital 2007 ».

En effet, si « Hôpital 2007 » organise clairement avec ses trois volets et sa novlangue (« nouvelle gouvernance », « tarification à l'activité » et réforme des statuts des médecins hospitaliers) l'adaptation de l'hôpital à l'idée que soins et santé sont des biens de consommation, la notion de « territoire de santé », elle, peut fonctionner un temps comme un leurre, car elle évoque la planification, le service public, l'aménagement (du territoire justement), alors qu'il s'agit pour les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) d'y distribuer les activités de soin au public ou au privé, avec des disparitions de structures, bien au-delà des restructurations ou mises en concurrence organisées par les deux précédents Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire SROS (1).

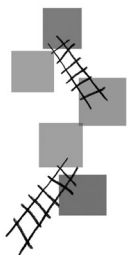
Que prévoit le plan « Hôpital 2007 » pour les hôpitaux publics ?

La « tarification à l'activité », dite T2A : l'idée est simple, ce sont les recettes produites par les activités qui financent les futures activités de l'établissement, et non plus un budget prévisionnel qui permet de prévoir l'activité à venir. Ces recettes dépendent de tarifs fixés nationalement, fréquemment ajustables et qui doivent « converger » entre public et privé. Peu importe, me semble-t-il, le débat sur la valeur des tarifs, la pertinence de leur calcul à partir des données du Programme de Médicalisation du Système d'Informations (PMSI), la montée plus ou moins rapide de la part de financement par la T2A dans les budgets hospitaliers, voire même l'impossibilité de fabriquer une T2A pour la psychiatrie. L'important c'est le modèle à l'œuvre : l'activité hospitalière devient un bien marchand comme un autre, fabricable aussi bien par le public que par le privé et ne peut plus être pensée comme un service public, avec une planification de l'offre en rapport. Car « il n'y a plus de planification si les moyens suivent les malades et ne les précèdent pas » (1).

La « nouvelle gouvernance » change l'organisation interne de l'hôpital. Des « pôles d'activité », laissés

Claire Gekiere

*Psychiatre de secteur,
membre de l'Union Syndicale
de la Psychiatrie*



à la discrétion de chaque établissement pour définir ce qu'ils rassemblent, sont créés. Du coup leur constitution, en cours actuellement, donne une représentation des rapports de force en présence. Exemple psychiatrique en hôpital général, à Melun, diplomatiquement exprimé : « Bien que nous ayons fait valoir qu'un pôle pouvait être un secteur, notre discours n'a pas été entendu dans le contexte de l'hôpital général. Les quatre secteurs de psychiatrie générale et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile ont donc été regroupés en un seul pôle. Il n'y a eu aucune discussion sur l'intérêt de rattacher la psychiatrie infanto-juvénile au pôle mère enfant. » (2) Ils sont créés pour fonctionner avec efficacité (le mot pour parler de productivité en sciences humaines), avec une politique d'intéressement, dont même le conseil de l'Ordre s'est ému. Du coup, le mode d'emploi de la gouvernance récemment diffusé par le ministère précise, avec me semble-t-il une nuance de regret : « En l'absence de mention expresse dans les textes législatifs d'un intéressement pécuniaire des agents, il convient de considérer que la politique d'intéressement au 8^e de l'article L6143-1 et à l'article L6145-16 ne vise que l'intéressement des structures » (3). En psychiatrie publique, sera-t-il plus intéressant d'avoir moins (ça coûte cher) ou plus (la « sécurité » n'a pas de prix en ces temps de contrôle social !) d'internements ? Ou faut-il supprimer ce monopole scandaleux et laisser jouer la concurrence avec le privé ?

La nouvelle gouvernance donne tout pouvoir à l'ARH sur les budgets hospitaliers. Le budget doit être en équilibre. Comme il n'existe plus de tableau opposable des effectifs, mais simplement un « tableau des emplois rémunérés », la recette de l'équilibre, la variable d'ajustement est vite trouvée : la masse salariale. Aucun recours possible. La nouvelle gouvernance prévoit que l'ARH puisse prendre la main et imposer un plan de redressement (aussi appelé contrat de retour à l'équilibre). Avec ce système, tous les hôpitaux qui n'avaient pas de nombreux postes vacants se retrouvent en déficit, et les plans de redressement ont déjà entraîné des suppressions d'emploi, y compris en

contrat à durée indéterminée. En même temps émergent des dogmes, comme la « taille critique » d'un pôle qui « se situe aux alentours de 300 personnes. En deçà, la capacité à gérer, c'est-à-dire à faire des choix en matière économique, reste infime et le coût de gestion de proximité sans aucune mesure avec ce que l'on est en droit d'attendre d'un dispositif qui a vocation à responsabiliser les personnels et maîtriser les dépenses de santé » (4). S'ensuit l'affirmation que, bien que cela soit écrit dans « Hôpital 2007 », un secteur ne peut prétendre à être un pôle, trop petit mon ami, et ne prétendez pas qu'il s'agit d'enjeu de pouvoir, c'est du bon sens gestionnaire !

Le démantèlement du statut de praticien hospitalier complète le dispositif : il précarise les médecins dans leur carrière (prévoyant par exemple une « mise en recherche d'affectation » en cas de restructuration hospitalière) et les assujettit aux directions hospitalières, tout en préfigurant la généralisation de la précarisation des autres personnels hospitaliers.

Mais pour les « territoires de santé » la familiarité des termes employés complique d'abord la compréhension des enjeux. Leur création paraît ainsi relativement anodine, en continuité historique avec cette passion de découper le pays en zones à la mesure des évolutions politiques : ils ne seraient qu'un des signes de la prise de pouvoir de la Région sur le Département, pour la santé une des matérialisations du pouvoir souverain des ARH sur les DDASS exsangues.

Chaque ARH a fabriqué ses territoires de santé, chacune à sa façon. Par exemple Rhône-Alpes, qui compte huit départements, a créé treize territoires (allant de 160 000 à presque 900 000 habitants pour une population régionale de 5,6 millions). Officiellement, la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^e génération leur assigne comme objectif de « permettre d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives (départements ou régions) ». Mais comme

la réalité dépend de la représentation qu'on s'en fait, ce sont grosso modo des analyses de flux, des patients chirurgicaux notamment, qui ont primé dans le découpage en Rhône-Alpes. Les analyses de flux parlent de consommation de soins en fonction de l'offre, de son attractivité et de son accessibilité, pas des besoins.

Les termes de « complémentarité », « réseaux de santé », « mutualisation », « filières », « décroisement » (entre sanitaire et médico-social, mais aussi entre public et privé) reviennent sans cesse dans les textes officiels et les articles vantant les bienfaits de cette évolution, et ne sont bien sûr pas mis en rapport avec ce que permet maintenant « Hôpital 2007 ». La citation suivante, extraite de la dernière *Lettre de la Mission nationale d'Appui en Santé Mentale* qui traite justement de « Territorialité et santé mentale », disqualifie subtilement à la fois l'idée de planification basée sur l'égalité et non sur l'équité (5) et celle de sectorisation psychiatrique comme programme politique (pour aller vite : « tourner le dos aux pratiques asilaires, garantir la continuité des soins tout au long de l'évolution des troubles d'un patient, par des réponses thérapeutiques différenciées dans le temps et dans l'espace, en l'aidant à maintenir le lien à sa communauté sociale » [6]) : « Les chiffres de 70 000 et de 210 000 [taille des secteurs adultes et infanto-juvéniles] apparaissent comme contraignants parce qu'ils conduisent à considérer comme semblables tous les individus, sans considération de leur âge, de leur sexe et de toutes leurs caractéristiques épidémiologiques. Cette vision égalitariste pouvait se comprendre à la fin des années 50, alors que la

psychiatrie traitait surtout des pathologies à distribution aléatoire dans l'espace et que l'on pouvait, en outre, penser que l'élévation du niveau de vie concernait ou allait concerner l'ensemble de la population, chaque citoyen devant être l'égal de tous dans la vie comme devant la loi. Cette conception égalitariste n'est, hélas, pas confirmée par les faits » (7).

Le territoire peut ainsi être vu comme lieu de gestion de collections d'individus en mouvement (les flux) et non plus de collectifs humains ayant des droits acquis historiquement construits (8). Ce qui éclaire alors des propos entendus à propos du suivi du SROS : « Il n'y a pas de contradiction entre parts de marché et planification ». Ou comment confondre l'horizon politique d'une égalité citoyenne dans l'accès au système de soins avec une vision de la santé comme marché à se partager entre producteurs concurrents, cherchant à répondre à, ou à susciter, une somme de besoins individuels.

1. « La réforme du financement des hôpitaux : analyse critique et propositions », compte-rendu de la journée de travail du 8 avril 2006 à Paris par Attac-Santé, dact., 11 p.

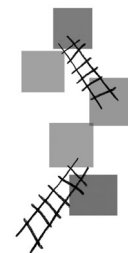
2. 4. 7. Citations tirées de *Pluriels. La lettre de la mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*, n° 58, mai 2006, n° 57, avril 2006, n° 60, juillet 2006.

3. « Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière », DHOS, juin 2006, 96 p.

5. J.-P. Escaffre, *Globalisation et réformes des protections sociales*, dact., oct 2005, 23 p.

6. M.-C. George, Y. Tourne, « Le secteur psychiatrique », *Que sais-je ?* n° 2911, PUF.

8. R. Castel, *L'insécurité sociale*, Ed. du Seuil et la République des Idées, 2003.



Verticalités et horizontalités ou l'institutionnel et le réseau

Marie-Jeanne Martin

Médecin généraliste

Le constat de l'inefficacité de nos actions de soins vers certaines populations jugées par le corps médical comme peu ou pas « compliantes », voire « irrécupérables », la difficulté d'optimiser l'aide aux personnes présentant des pathologies complexes ont obligé certains d'entre nous à inventer d'autres modes de travail.

Il nous est apparu évidemment que le biais strictement bio-médical n'était pas suffisant pour appréhender les problèmes, cela était banal.

Pour comprendre mieux, il fallait le regard d'autres professionnels. Il a fallu se rencontrer, se parler, savoir sortir de sa position, entendre le point de vue de l'autre.

Des expériences ont été menées un peu partout en France, autour de pathologies, de populations, de difficultés différentes selon les lieux.

A l'origine de ces initiatives, des professionnels se sentant bloqués dans leurs possibilités se sont téléphonés. Des rencontres interprofessionnelles se sont mises en place régulièrement autour des difficultés de personnes. L'attention à l'autre est devenue décrochée et du même coup pragmatique. C'était une petite révolution dans la pensée du soin. Le soin devient médico-psycho-social.

Cela a porté ses fruits en terme d'efficacité d'accompagnement, et de petites expériences locales sont devenues intéressantes pour les DASS (1), DRASS (2), ministères... Il y a eu ainsi de beaux partages avec les institutions, une envie commune d'inventer.

Et puis il a fallu conceptualiser et il nous a été demandé de modéliser. Là ce n'est plus la même chose, il nous est demandé de rentrer dans les codes et dans les modes de pensée institutionnels. Ce dont les institutions, et donc les financeurs, ont besoin c'est que nous changions, c'est que nous soyons comme eux. En fait, le principal défaut d'un réseau est que justement, c'est un réseau.

L'histoire que nous avons vécue dans ce travail en réseau autour du soin, je la retrouve dans d'autres lieux associatifs sociaux, éducatifs mais aussi culturels. Il s'agit des mêmes enjeux d'une rencontre de cultures différentes, voire opposées.

Les institutions ont un fonctionnement vertical. Les verticaux ont un fonctionnement de structure pyramidale. Les circuits de décisions sont hiérarchisés. Cela assure une permanence, une pérennisation. A l'intérieur de la hiérarchie, on trouve l'adhésion à un dogme imposé.

Les réseaux, les associations ont un fonctionnement plutôt horizontal. Les horizontaux ont un fonctionnement hors du pouvoir, sans parasitage hiérarchique. Le but des actions est d'avoir des résultats. Il s'inscrit dans le pragmatisme. A l'intérieur d'un réseau chaque acteur, tout en gérant individuellement son propre destin, participe à une sorte d'aventure collective forte de ses valeurs partagées.

Les uns ont besoin des autres, ils sont en interdépendance. Les associations et les réseaux ont

besoin de la permanence de l'institution pour lui assurer une continuité. Les verticaux utilisent les horizontaux pour leur réactivité, leur rapidité de décision et d'action et leur créativité. Pour certains, l'idéal serait une sorte de symbiose. Pour d'autres, il s'agirait d'une dialectique rendant inséparables les deux fonctionnements.

Mais l'équilibre est fragile. En effet, pour les institutions, ces mêmes raisons qui les font utiliser les réseaux les inquiètent, car cela entraîne un échappement qui leur est insupportable, voire une perte de pouvoir. Quand cela est ressenti comme un danger trop important, la reprise en main des horizontaux par les verticaux gestionnaires devient prioritaire. Comment reprendre en main cette perte de pouvoir, sinon par le contrôle qui provoque la subordination. Plusieurs processus sont possibles pour la hiérarchie afin de se débarrasser de ces acteurs.

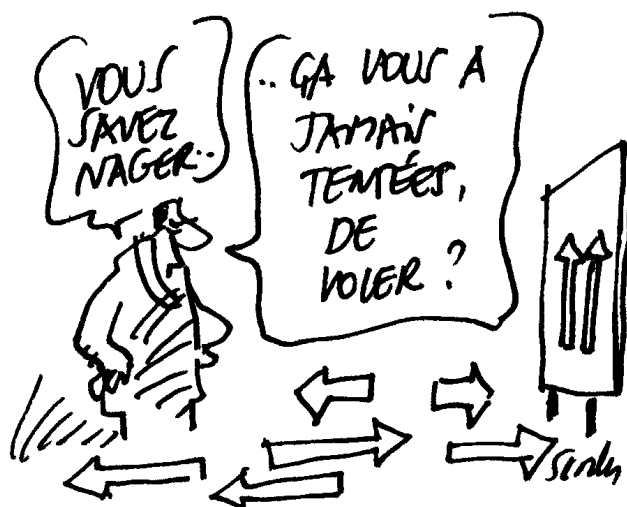
Parfois, cela est simple, car certaines associations se verticalisent d'elles-mêmes, créant une hiérarchie. Alors plus de problème, institution et association parlent le même langage et utilisent les mêmes codes, on se comprend.

Parfois, cela est plus compliqué, la digestion doit être plus lente, il faut éteindre peu à peu le goût de l'action et de l'imagination par la normalisation et l'intégration. Il faut patiemment modifier le fonctionnement associatif afin que les horizontalités

s'émoussent, s'usent, disparaissent. Un des moyens de modifier une association qui ne le ferait pas d'elle-même est de l'engluier dans une gestion de plus en plus lourde, d'en faire une quincaillerie afin qu'il y ait de moins en moins de place pour le rêve et l'invention. L'évaluation est un outil pertinent de l'usure. L'évaluation qui veut en plus se donner des allures de science a trouvé le moyen de la quantification. Mais la quantification n'est pas la science. L'évaluation par quantification est une simplification et la simplification entraîne une perte de relief du réel. L'évaluation par quantification se croit exactitude. Or même l'exactitude n'est pas la vérité. Le réseau est avant tout de l'immatériel, car il est d'abord communication, il est bien difficile de quantifier l'efficacité de la communication.

Enfin si cette soumission ne se fait pas, si l'association, le réseau restent dans un fonctionnement horizontal, ils représentent trop de liberté, et c'est vécu par l'institution comme une dangerosité intolérable. Il ne reste plus que la marginalisation et l'exclusion. Ainsi les réseaux et les associations qui « résistent » sont voués, à terme, à mourir au mieux par étouffement. Il leur faut inlassablement repérer les trous, mais si les choses se colmatent inexorablement, cela devient impossible. Il faut alors oser créer les fractures, voire les ruptures.

1. Direction des Affaires Sanitaires et Sociales.
2. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.



Résumé : Comment un hôpital peut-il oser sortir de ses murs, aider les patients eux-mêmes à sortir et se mettre au service du maintien à domicile des personnes âgées ? C'est ce que racontent en stéréo une patiente et des professionnels de l'hôpital (psychomotricienne, cadre supérieur de santé et responsable du centre d'études gérontologiques ville-hôpital de l'hôpital Bretonneau.)

Oser sortir

Entretien avec
Suzanne Kilichek

Retraitée

Du côté de la patiente, Suzanne Kilichek, retraitée

Pratiques : Comment s'est passée votre rencontre avec l'hôpital ?

Suzanne Kilichek : Tout a commencé par un vertige brutal suivi d'une chute survenus en vacances. Je suis restée un moment au sol, j'ai eu beaucoup de mal à me relever et à appeler au secours. J'ai eu une chance inouïe de ne rien me casser, mais après la chute, les vertiges persistaient. Le bilan fait en vacances, puis de retour à Paris, a conclu qu'il n'y avait rien de spécial et que mes vertiges étaient psychiques. Mais ils étaient là, je ne tenais plus sur mes jambes, c'était impossible de sortir toute seule. Cela a duré neuf mois.

Comment avez-vous pu vous en sortir ?

J'ai eu beaucoup de chance. D'abord une amie m'a beaucoup aidée, en m'accompagnant partout. Sans elle, jamais je n'aurais pu rester chez moi. Ensuite, l'hôpital de jour qui avait fait le bilan m'a proposé une rééducation par une psychologue et une ergothérapeute. Une condition pour que cela soit possible était qu'une ambulance vienne me chercher et me ramener chez moi. Pour cela le médecin à l'hôpital a fait une demande de prise en charge à 100 % qui a été acceptée par la Sécurité sociale. La rééducation comportait plusieurs choses qui formaient un tout, l'ambiance tranquille, les repas pris en commun, et surtout les cours individuels donnés par une ergothérapeute

et une psychomotricienne. Elles m'ont fait faire des exercices pour retrouver la coordination et l'équilibre, m'asseoir, me relever. J'ai fait des progrès assez vite, mais je continuais à avoir peur de sortir seule. A un moment donné même, la frousse de sortir m'a occasionné une crise d'arythmie. Alors au bout de deux mois, pendant trois mois, elles m'ont fait sortir, monter les escaliers, prendre le bus. Ensuite, elles m'ont accompagnée pour que je puisse faire mes courses toute seule. Maintenant, je ne suis pas rapide, mais j'y arrive.

Y a-t-il eu des appareils compliqués ? Qu'est-ce qui a fait que ça a marché ?

La rééducation proposée par l'hôpital de jour a été très adaptée, sans appareil. Leur travail, c'est d'aider à réapprendre les gestes du quotidien. Pour moi, ça a réussi. Sans cette équipe et la qualité humaine de ces deux personnes, je ne suis pas sûre que j'aurai pu ressortir dans la rue.

Du côté de l'équipe soignante, Valérie Genti, psychomotricienne à l'hôpital Bretonneau à Paris

Pratiques : C'est rare de voir des équipes hospitalières sortir. Qu'est-ce qui vous a guidées ?

Valérie Genti : La spécificité de l'hôpital Bretonneau est l'ouverture vers l'extérieur. Lorsque Patricia Ameslant l'ergothérapeute et moi avons été engagées, on a su d'emblée que l'on aurait la possibilité de sortir dehors avec les patients, en

Entretien avec
Valérie Genti

Psychomotricienne

Centre d'Études
Gérontologiques Ville-
Hôpital (CEGVH)
Hôpital Bretonneau
23 rue Joseph de Maistre
75885 Paris Cedex 18

groupe ou individuellement, à la fois pour les patients hospitalisés et ceux venant en hôpital de jour. Cela se décide au fur et à mesure des nécessités de la prise en charge. Par exemple, pour les patients hospitalisés, nous pouvons les accompagner pour acheter une canne en pharmacie. L'autre spécificité est la pluridisciplinarité où l'on travaille en équipe, dans une vraie entente, même si on aborde d'abord la rééducation chacune dans sa partie. On a la possibilité de travailler en binôme et on sort toujours à deux.

Enfin, ce qui compte, c'est la progression. En fonction des demandes des patients, de leurs progrès, on fixe ensemble des objectifs, des étapes. Au début, le cadre sécurisant de la salle, puis on ouvre aux couloirs, aux jardins, enfin à l'extérieur.

Très concrètement, comment faites-vous ?

Après un bilan, on a proposé à Mme Kilichek une rééducation en ergothérapie pour un travail d'équilibre sur les activités de la vie quotidienne (mettre la table, marcher avec une assiette dans les mains...), et en psychomotricité pour le travail de réassurance face à l'appréhension de la position debout et de la marche. Mon objectif était de lui redonner confiance. Cela est passé par un travail sur les appuis, sur la prise de conscience des sensations, du corps, la mise en mots de ce qui se passait. Face à la peur du vide, de tomber en avant, on a abordé le travail au sol en cas de chute, apprendre à se déplacer par terre, à tirer sur le fil du téléphone, apprendre à s'asseoir, à se relever d'une chaise. Arrivé à ce stade de la rééducation, nous avons fait des séances communes avec l'ergothérapeute pour commencer un travail en extérieur.

Tout d'abord dans les jardins de l'hôpital (ce qui restait un cadre sécurisant pour la patiente), puis dans le square voisin. Au fur et à mesure, le périmètre de marche de Mme Kilichek a augmenté, l'essoufflement et la peur ont diminué. Pour Mme Kilichek, comme pour d'autres patients, les sorties hors de l'hôpital sont importantes, un autre rapport de confiance s'installe, elle a pu nous parler de choses plus personnelles lors des séances en salle.

A la demande de la patiente, nous avons progres-

sé dans nos mises en situation à l'extérieur en prenant le bus, en allant au supermarché malgré le monde, les lumières...

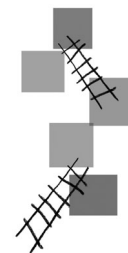
Même si ce n'était pas le problème pour Mme Kilichek, la sortie et les courses sont l'occasion pour l'ergothérapeute de regarder comment les personnes se situent dans la mise en danger, par exemple si elles regardent les feux en traversant la rue ou si elles gèrent leur argent pour les courses. Une des dernières étapes a été de ramener Mme Kilichek à pied chez elle, ce qui nous a permis de la voir en situation réelle, mais sans que ce soit une réelle visite à domicile dans la mesure où l'ergothérapeute de ville avait déjà aménagé sa salle de bain. Ce trajet réalisé sans difficulté avait aussi pour but que la patiente puisse venir seule à l'hôpital, non plus pour des soins, mais pour assister aux concerts, expositions... qui ont lieu dans la salle de spectacle de l'hôpital (ouverte à tout le monde), et par la même occasion nous donner de ses nouvelles (chose qu'elle fit un mois après la fin de sa prise en charge).

Toute cette progression a pu être possible grâce à la volonté de Mme Kilichek, pour qui les débuts à l'hôpital de jour n'ont pas été faciles (confrontation avec les autres patients plus ou moins autonomes, la peur de la dépendance, l'image de la vieillesse). La motivation et l'implication de Mme Kilichek dans le projet thérapeutique ont été primordiales.

Du côté de l'administration hospitalière, Colette Lecorre, cadre supérieur de santé, responsable du secteur ambulatoire et Claude-André Lepresle, responsable du CEGVH (Centre d'Etudes Gérontologiques Ville-Hôpital)

Pratiques : Pourquoi et comment votre hôpital s'est-il donné ces moyens d'oser sortir ?

Colette Lecorre : Le projet de l'hôpital Bretonneau a été conçu il y a six ans par Isabelle Lesage à qui le directeur général de l'assistance

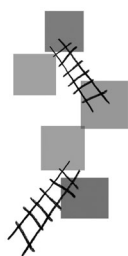


Entretien avec
Colette Lecorre

*Cadre supérieur de santé,
responsable
du secteur ambulatoire*

et
Claude-André
Lepresle

*Responsable du CEGVH
(Centre d'Etudes
Gérontologiques Ville-Hôpital)*



publique-hôpitaux de Paris avait confié la mission. L'expérience des Canadiens et des Européens du Nord a été reprise pour développer l'articulation entre la ville et l'hôpital. La plate-forme gérontologique de l'hôpital Bretonneau, ainsi créée, comporte trois structures : un CLIC (centre local d'information et de coordination gérontologique), une équipe mobile, un centre d'études et de formation. Son ambition est de concourir au maintien ou au retour à domicile en comblant le fossé entre la ville et l'hôpital. L'équipe mobile intervient hors des murs de l'hôpital à la demande des professionnels de la ville pour évaluation des besoins des personnes âgées, conseils et soutien aux professionnels.

Claude Lepresle : L'hôpital dans son projet a souhaité aussi un rapprochement des secteurs sanitaire et social. Le CLIC, Point Paris Emeraude pour les Parisiens dépend du Conseil départemental et est de nature sociale. Le CEGHV tente de faire le lien entre les deux secteurs en développant des actions de type gérontologique (formation et d'étude), à destination de tous les acteurs qui s'occupent des personnes âgées (aidants familiaux, aides à domicile, bénévoles, infirmiers, rééducateurs, travailleurs sociaux, médecins de ville et de l'hôpital).

Pourquoi ça ne marche pas ailleurs ?

Colette Lecorre : A Bretonneau, Isabelle Lesage a fait sauter les freins dans le projet de soin. Il y a un accord de sortie (hors des murs de l'hôpital pour tous les professionnels de soins) a priori, à condition que cela s'inscrive dans le projet de vie du patient. Il suffit de l'écrire dans le dossier, de laisser une trace, alors que dans les autres établissements, il faut demander 48 heures avant... C'est un problème d'assurance, de prise de risques. Mais si on envisage un retour à domicile des personnes âgées, il est indispensable d'aborder la rue.

Valérie Genti : C'est aussi un choix économique. Nous, nous sortons à deux et pendant une heure.

A-t-on changé la loi ?

Claude Lepresle : La législation est la même ! Dans la loi, l'hôpital a dans ses missions, les soins et la prévention. Cette dernière est sans doute davantage prise en compte dans son aspect secondaire que primaire. Il ne faut pas oublier que l'hôpital par tradition a un souci de prise en charge curative qu'attendent d'ailleurs les malades avec une infrastructure (plateau technique) adaptée. Le secteur gériatrique est confronté à la nécessité d'aider aux transferts des acquis réalisés du plateau technique à la vie quotidienne (rééducation → réadaptation → réinsertion). C'est un projet commun partagé par tous.

L'hôpital Bretonneau a réussi au sein de son hôpital de jour à donner les moyens tant administratifs (procédure de sortie simplifiée), qu'organisationnels (deux professionnels complémentaires avec un patient). L'ensemble des intervenants de ce service peuvent élaborer une prise en charge ayant des objectifs proches des besoins des patients qui souhaitent garder leur autonomie au domicile.

Propos recueillis par Elisabeth Maurel-Arrighi



Rouge ou blanc ?

« Les pompiers sont faits pour éteindre un incendie, pas pour transporter les malades ! » disait un confrère provocateur. Inutile d'être si extrémiste aujourd'hui...

Une consœur me demande s'il existe un document qui décrit les cas où le médecin de ville peut faire appel au « 15 » pour qu'il lui trouve une ambulance privée ? Oui dans tous les cas prévus par la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'Aide Médicale Urgente et aux transports sanitaires, précisée depuis le 5 janvier 2004 en Gironde par un arrêté préfectoral du 18 décembre 2003 mais, pour l'instant, seulement le week-end du vendredi 20 heures au lundi 8 heures, les jours fériés et tous les soirs de la semaine de 20 heures à 8 heures. En jour de semaine, rien ne change et le médecin se cherche son transporteur.

Diminuer le taux de carence lié à la défaillance des transporteurs sanitaires privés pour les transports non médicalisés est un objectif national. Le document de référence est la circulaire n° 203-204 du 23 avril 2003 (annexe 3) relative à l'organisation de la garde ambulancière complétée par un avenant paru au journal officiel n° 170 du 25 juillet 2003 page 12592.

Il impose aux préfets de mettre en place une convention tripartite entre l'hôpital via le SAMU (Service d'aide médicale urgente), les entreprises d'ambulances privées et le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS) des pompiers pour organiser dans chaque département une garde préfectorale d'ambulance pour les horaires cités.

Sur ces périodes, le médecin de ville n'a que le choix de passer par le standard du SAMU, étoffé

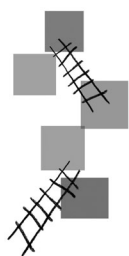
pour cette nouvelle tâche, afin de trouver le moyen de transport.

S'adresser directement à un privé doit entraîner un refus orientant le médecin (ou le public) de ville vers le SAMU qui fournit l'entreprise de la garde préfectorale obligatoire. Dans cette activité, le privé touche un forfait (365 €/12h/secteur) en plus des transports effectués, trouvant ainsi un équilibre financier très lucratif sans mettre en péril son organisation. Il ne se plaint pas de son caractère obligatoire, alors qu'il se plaignait d'être marginalisé dans l'organisation précédente de ces secours. Pour ses transports non médicalisés, le SAMU doit toujours chercher l'ambulance privée en priorité. S'il n'en trouve pas parce qu'elles sont toutes engagées, même dans les secteurs voisins, il mobilisera une ambulance des sapeurs-pompiers par défaut. Dans ces cas de transport « par carence », c'est le terme de la convention, le SDIS facture ce transport à l'hôpital au prix fort : 95 € ! Le libéralisme a donc inventé le service public des sapeurs-pompiers facturant au service public hospitalier les services qu'ils rendent au public...

S'adresser directement aux sapeurs-pompiers atterrira à la régulation du SAMU avec le même cheminement décisionnel. Un système de conférence téléphonique à trois permet au médecin régulateur de déclencher aussitôt les sapeurs-pompiers appelés par le public, or la convention imposant de privilégier le privé oblige, par ses manipulations de recherche, à retarder le départ du véhicule. Parfois, ces privés font même l'intervention de relevage de personne à domicile sans transport.

Christian Jouanolou

Médecin généraliste



Ce « partenariat public-privé » est un choix politique qui privatise ce moment de notre vie où nous sommes transportés du domicile, ou d'un lieu public fermé vers l'hôpital. Les sapeurs-pompiers ne conservant en prompt secours que l'intervention pour urgence vitale ou le lieu public ouvert, pour désincarcération par exemple. Être hospitalisé dans une ambulance rouge avec trois pompiers ou dans une blanche avec deux ambulanciers, c'est pareil pour le malade a priori. Ceci est à rapprocher de la réglementation, apparue il y a quelques années, organisant le recul de l'activité des sapeurs-pompiers, sur les plages notamment, et la recentrant sur l'incendie.

Par exemple pour le transport psychiatrique : s'ils ne transportent pas les hospitalisations d'office (HO) réservées à l'ambulance spécialisée de l'hôpital psychiatrique, les sapeurs-pompiers ne transportent plus les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) où leur uniforme aidait à la contrainte : des privés peuvent hésiter dans la prise en charge d'une personne refusant son transport et qui menace, le médecin invente un bricolage. Il ne doit pas y avoir de policier pour les HDT, car ce n'est pas un trouble à l'ordre public, et on est abusivement tenté de transformer une HDT en HO pour résoudre le problème du transport sous contrainte. Soit la loi est hypocrite, soit il y a vide juridique... je ne sais pas.

Comme l'offre d'hospitalisation dans notre système de soins, le transport non médicalisé est double : public et privé. Les médecins ont toujours réservé une part de cette activité au privé pour garder cette solution de renfort, suppléant les cas où

les sapeurs-pompiers sont débordés : Plan rouge en ville ou période estivale sur le littoral... Sinon les sapeurs-pompiers étaient un moyen aisément mobilisable et financé par la société à laquelle ils rendent service. Artisans de la mise en place de cette convention, mes administrateurs hospitaliers admettent que cette organisation des secours leur coûte plus cher que s'ils avaient choisi de privilégier les sapeurs-pompiers au lieu des privés, même à l'actuel tarif. Dans l'organisation précédente, l'hôpital versait au SDIS une enveloppe annuelle globale et les sapeurs-pompiers intervenaient à la demande sans facture à l'activité.

Un choix politique radical aurait été de développer un service public, des sapeurs-pompiers par exemple, suffisamment pour qu'il réponde aux besoins de la population. Ils n'ont pas fait le choix libéral d'ouvrir le marché du secours à la « concurrence libre et non faussée » entre public et privé d'une part et entre ambulanciers d'autres part : le public est encore trop fort, notamment dans l'esprit du public, ou ce discours n'est que propagande pour le dimanche... Ils font le choix politique d'un système imposé et faussé : le moyen privé est le premier choix, le moyen public n'est que le supplétif appelé par carence.

La question interroge sur la notion de service public comme « architecture de la solidarité sociale » à défendre ou comme simple moyen auxiliaire pour pallier les carences du marché fiévreux. Organique ou fonctionnel le service public ? C'est de l'idéologie, ils ont seulement commencé par inverser l'ordre des priorités dans l'offre de transport : sans résistance ils ont mis la main sur un « marché »...

L'Eure, désert médical, un avenir inéluctable ?

Il faut d'abord resituer l'Eure dans son contexte géographique : elle forme avec le département de la Seine-Maritime la région Haute-Normandie. La population de ces deux départements comprend respectivement le quart et les trois quarts de la population de la région. En plus de cette disproportion, le département souffre également de la proximité de l'Île-de-France.

Le constat, repris dans le diagnostic du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), est très inquiétant : au 31 août 2005, la densité de professionnels libéraux (nombre pour 100 000 habitants) est nettement inférieure dans l'Eure à la moyenne nationale : 80,6 médecins généralistes contre 116,3 en France métropolitaine, 40,3 médecins spécialistes contre 89,6 et 62,6 infirmiers contre 103,8. Dans le même temps, l'état de santé de la population est préoccupant, la mortalité prématurée (avant 65 ans) est supérieure dans l'Eure : 252,9 contre 226,2. De plus, il faut souligner que des problèmes de démographie médicale sont prévus et annoncés à l'échelle de la France entière, mais ne sont pas encore effectifs.

Les collectivités locales s'inquiètent naturellement de cet état de fait, en premier lieu les maires, les communautés de communes et à une autre échelle les conseils généraux et le conseil régional.

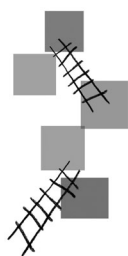
En effet, si la situation est particulièrement dramatique dans l'Eure, elle n'est guère plus enviable en Seine-Maritime et le problème se pose aussi à l'échelle de la région. Les trois collectivités territoriales, les Départements de l'Eure et de la Seine-Maritime et la Région Haute-Normandie ont entrepris une réflexion avec la Mission régionale de santé de Haute-Normandie (1). Ces Missions régionales ont pour objectifs de déterminer des zones particulièrement déficitaires et de mettre en place des dispositifs incitatifs à l'installation dans ces zones.

Certaines dispositions sont plus intéressantes que d'autres. Le ministre, Xavier Bertrand propose dans son discours du 25 janvier 2006 « Réponses au défi de la démographie médicale » une augmentation de 20% de la rémunération des médecins exerçant en cabinet de groupe dans les zones à faible densité médicale. Pour ces praticiens, ce n'est pas un problème de revenus qui se pose. Un généraliste a dévissé sa plaque dans une de ces zones, faute de trouver un remplaçant à son associé décédé brutalement. Il annonçait pourtant un chiffre d'affaire annuel de 320 000 euros. Il s'agit bien plutôt d'améliorer les conditions de vie et d'exercice, et les mesures incitant les jeunes médecins à venir remplacer sur ces zones sont utiles, comme la majoration de 20% des honoraires perçus lors des remplacements dans les zones déficitaires.

La loi du 23 février 2005 relative au développe-

Monique Fontaine

Médecin territorial



ment des territoires ruraux qui propose également des mesures pour lutter contre la désertification médicale, prévoit une exonération de l'impôt sur le revenu issu des astreintes à hauteur de 60 jours par an soit potentiellement 9 000 euros.

Des dispositions visent aussi à faire découvrir la médecine générale aux étudiants. A compter de la rentrée universitaire 2006, les étudiants de 2^e cycle pourront faire un stage de deux mois auprès de médecins généralistes. Des mesures rendent attractifs les stages de 3^e cycle dans les zones déficitaires : pour motiver les médecins généralistes de ces zones à devenir maîtres de stage, les indemnités versées par l'État sont doublées par l'Assurance maladie et la Région peut aussi prévoir un forfait hébergement et déplacement pour inciter le stagiaire à choisir un cabinet en territoire rural.

Des bourses peuvent être versées aux étudiants qui s'engageraient à s'installer dans les zones définies par les missions régionales de santé comme déficitaires. Une aide à l'installation peut être proposée, une mise à disposition de locaux professionnels ou de logements, une prime à l'installation ou prime d'exercice peut être envisagée. Des départements se sont déjà engagés dans cette voie, mais on risque d'assister à une surenchère des territoires les uns par rapport aux autres et cela n'aboutira pas à une politique d'installation cohérente des professionnels de santé.

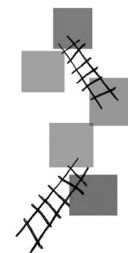
Enfin, les Départements et les Régions peuvent soutenir la création de maisons de santé pluridisciplinaires dans les zones déficitaires, à l'initiative des communautés de communes, en participant au

financement de l'investissement. Les conditions mises à ces aides sont très intéressantes, nécessité d'un projet de territoire, réelle pluridisciplinarité, éducation à la santé, permanence des soins, participation aux réseaux de santé. Ces projets sont tellement intéressants et innovants que le président du Conseil de l'Ordre des médecins de l'Eure a déjà pris position contre ces dispositions, rappelant ainsi la lutte acharnée de l'Ordre des médecins à l'époque contre l'exercice des médecins en groupe. Les dispositions relevant de la loi et de la compétence de l'URCAM (2) et concernant les zones déficitaires, qui ont été définies et qui seront réévaluées tous les ans, sont d'ores et déjà applicables et appliquées sur ces zones. Par contre, les dispositions qui relèvent des collectivités territoriales dépendent de la décision de chaque collectivité et ont donc des niveaux d'applications très différentes d'une région à l'autre.

La loi de Santé publique d'août 2004 qui a créé les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) présidés par les préfets de Région et dont la direction est assurée par le directeur de la DRASS a clairement réaffirmé la prééminence de l'État dans la mise en œuvre de la politique de santé publique. Ces GRSP ont d'ailleurs bien du mal à se mettre en place, les collectivités territoriales étant invitées à y participer et à y contribuer financièrement avec un pouvoir décisionnel symbolique, alors que de nouvelles compétences, celles-ci obligatoires, viennent grever leurs budgets (RMI [3], handicap, APA [4], TOS [5]...). Elles sont donc très réticentes à s'engager dans ces GRSP tout en étant concernées par les problèmes de santé publique posés sur leurs territoires.

La question qui se pose est toujours la même : toutes ces mesures incitatives (certaines ayant un coût pour les collectivités territoriales) seront-elles suffisantes pour lutter contre la désertification médicale de certaines régions

ou bien des mesures coercitives relevant de décisions de l'État seront-elles nécessaires, comme des limitations d'installation dans des zones surmédicalisées sur le modèle des pharmaciens ?



Territoires, mode d'emploi

En France, le découpage administratif est tout en subtilité, à tel point qu'il n'est parfois compris que de ses acteurs.

Les départements et les régions sont des découpages géographiques qui servent de base à la politique de décentralisation et de déconcentration de l'État. La décentralisation, qui donne une relative autonomie de gestion aux collectivités territoriales, s'opère au niveau des départements par les conseils généraux et au niveau des régions par les conseils régionaux, autrement dit de façon plus moderne, les Départements et les Régions.

L'État, de son côté, a une gestion déconcentrée, par laquelle il exerce son contrôle au niveau départemental et régional : dans le domaine de la santé les DDASS, Directions départementales de l'action sanitaire et sociale et les DRASS, Directions régionales de l'action sanitaire et sociale.

Il est représenté au niveau des départements par les préfets et au niveau des régions par les Préfets de Région.

La loi de santé publique d'août 2004 a clairement réaffirmé le rôle de l'État dans la politique de Santé publique, notamment en recentralisant certaines compétences qui avaient été dévolues aux conseils généraux lors de la première décentralisation : lutte contre la tuberculose, vaccinations, maladies sexuellement transmissibles, dépistage des cancers.

1. L'article 67 de la loi n° 2004-810 du 13/08/2004 devenu article L 162-47 du code de la Sécurité sociale prévoit au titre de la coordination des soins la constitution d'une Mission régionale de santé entre l'Agence régionale de l'hospitalisation et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes de ces deux institutions dans quatre domaines :

- l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux ;

- les orientations relatives à l'organisation de la permanence des soins ;
- les réseaux de santé ;
- la gestion des risques dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires.

2. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.
3. Revenu Minimum d'Insertion.
4. Allocation Personnalisée d'Autonomie.
5. Techniciens Ouvriers Spécialisés (agents techniques des collèges et des lycées).

Résumé : Cet article a peu à voir, à première vue, avec la médecine. Et pourtant, il peut aider à comprendre les ressorts de la répartition inégale de l'offre médicale et de l'inégalité d'accès aux soins en les mettant en perspective avec deux processus plus globaux : d'une part le développement de la mobilité géographique et d'un monde connexionniste qui accentuent les inégalités entre les individus, d'autre part la territorialisation des politiques publiques qui accentuent l'inégalité entre les territoires.

Le nouveau capitalisme redessine les espaces

Yannick Sencébé

Maître de conférences en sociologie - CESAER (centre d'économie et de sociologie appliquées à l'agriculture et aux espaces ruraux).

La mobilité géographique s'est développée grâce à l'amélioration des moyens de transport. Peu à peu, elle est devenue une pratique sociale assez généralisée, mais aussi et surtout, valorisée. En effet, en ouvrant le champ des possibles en matière de localisation, de relations sociales, elle s'inscrit parfaitement dans le système de valeur individualiste actuel et devient une expression et un outil de l'autonomie individuelle. Chacun est dès lors incité à rechercher l'accès à ce mode de vie, sans toujours en maîtriser les conditions. En effet, les pratiques qui lui sont associées ne sont pas toutes valorisantes (le nomadisme ne se confond pas avec l'errance). Dans ce cadre, l'important n'est pas tant d'être mobile que de maîtriser sa mobilité et ses ancrages, ce qui suppose certaines ressources inégalement distribuées (capital social, culturel, économique). Ainsi, dans cet ordre de mobilité valorisé, se développent d'un côté, les résidences fermées, lieux sélectifs s'il en est, et de l'autre, les ghettos sociaux, lieux de relégation et de réclusion par excellence. On voit déjà se profiler les inégalités qui en découlent, alors que le monde connexionniste, qui se développe parallèlement, diminue les défenses collectives (crise syndicale, « assouplissement » du droit du travail et précarisation de l'emploi...). Dans ce monde, sur lequel s'épanouit le nouvel esprit du capitalisme (Boltanski et Chiapello, 1999), ce qui compte est

d'être connecté aux bons réseaux et délié de toute rigidité statutaire, géographique, et idéologique. Le nouvel esprit du capitalisme a en effet intégré une partie des critiques adressées au capitalisme industriel des années 1960, notamment en ce qui concernait son aspect bureaucratique (dans les discours managériaux des années 1990, il s'agit ainsi de passer à des « entreprises maigres » centrées sur leur corps de métier, fonctionnant en réseau, avec recours à la sous-traitance à l'externe et à des « équipes de collaborateurs » participant à des projets pour une durée limitée – CDD – en interne). De là est né le néomanagement qui colonise non seulement les entreprises privées, mais aussi le service public. La force de ce nouvel esprit du capitalisme est de faire apparaître sous les aspects d'une libération de l'individu, en épousant à la fois le système de valeur individualiste et l'idéal de la mobilité, ce qui relève d'un mode de vie insécuritaire (« flexible ») et d'une précarisation des systèmes de solidarité et d'affiliation collective. Ces systèmes sont aujourd'hui présentés et vécus comme des entraves à la liberté, à l'épanouissement ou comme des privilèges inacceptables. Ainsi en est-il des statuts associés au système de carrière (notamment pour la fonction publique) des « acquis sociaux », et de plus en plus de l'aide sociale. Ainsi en est-il également de l'enracinement qui n'est pas à confondre avec la localisation stratégique

(c'est-à-dire, la maîtrise des ancrages, le choix des lieux qui ouvrent l'accès aux bons réseaux) comme nous l'avons vu plus haut. L'homme connecté est un individu « localisateur » : il doit savoir choisir et maîtriser ses lieux. La carte de France de la démographie médicale reflète en grande partie ce rapport stratégique aux lieux. On assiste ainsi à des flux de populations à haut niveau de vie vers le sud, cadres et retraités notamment, dont l'installation alimente aussi celles des professionnels de santé en régime libéral. Alors même que, par ailleurs, se développe un autre processus qui accentue encore les effets de cette localisation stratégique : la territorialisation des politiques publiques.

Les politiques publiques ont tout d'abord été le champ d'application de l'Etat en construction qui, à travers l'application d'une norme juridique unique, a ainsi intégré les particularismes locaux dans la nation (l'aménagement du territoire qui en a relié les différentes parties). La mise en place de l'Etat-providence a orienté cette action vers des principes redistributifs et d'égalité d'accès à tous les citoyens (la mise en place de la Sécurité sociale, le maintien des services publics en milieu rural...). Ces principes se voient aujourd'hui remis en question sous le coup de plusieurs facteurs.

Le libéralisme ambiant alimente la montée en charge contre « la machine bureaucratique de l'Etat », et la mondialisation de l'économie contribue à « déterritorialiser l'économie et construire un espace fluide et homogène, structuré par la seule géographie des prix. » (Verdeil, 1998, p.207). La notion « d'équité » promue par l'Union

Européenne et qui se substitue peu à peu à celle d'égalité implique l'abandon du principe de péréquation (1). Censé être plus efficace selon une perspective de rentabilité économique, ce système comporte le risque de paupérisation et d'abandon des « clients » les moins rentables (exemple anglais). Ces risques semblent se concrétiser au niveau des politiques de protection sociale, qui font l'objet actuellement d'une territorialisation (2) dans les divers pays européens (Hassenteufel, 1998). En se rapprochant du terrain, des publics en difficulté et des acteurs locaux, l'intervention publique est censée offrir des réponses mieux adaptées et plus efficaces. Procédant d'une logique ascendante, ces politiques, négociées et contractualisées localement, devraient être mieux acceptées. L'évidence de ces présupposés ne doit pas occulter leurs limites.

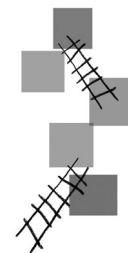
La première concerne le modèle de solidarité sociale que les politiques territoriales sont susceptibles d'offrir, en substituant au principe assurantiel, une logique assistancielle (Castel, 1995). La seconde est la frontière que risque d'instaurer de telles politiques, entre « territoires pauvres » et « territoires riches », en l'absence d'une dimension nationale des principes redistributifs. La troisième est le risque d'une dérive de l'intervention sociale vers une « gestion territorialisée de l'exclusion », laissant ouverte la porte à une forte inégalité de situations selon les ressources locales et les conditions très variables de sa prise en charge en l'absence d'une définition institutionnelle des règles de partenariat entre les différents acteurs locaux (Palier B., 1998).

Bibliographie

- Boltanski L., Chiapello E., 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
 Castel R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.
 Hassenteufel P., 1998, « La territorialisation comme réponse à la "crise de l'Etat-Providence" ? », *Revue Politiques et management public*, vol. 16, n° 3.
 Pallier B., 1998, « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales », *Revue Politiques et management public*, vol. 16, n° 3.
 Verdeil V., 1998, *L'équité territoriale, L'espace géographique*, n° 3.

1. Le système de subventions croisées, selon lequel opérerait la péréquation financière, permettait de subventionner des segments de marchés non rentables (les villes aident les campagnes, les centres-villes, les banlieues défavorisées...).

2. En France, ce processus a commencé avec la décentralisation (transfert auprès du Département des prérogatives en matière d'insertion, et auprès de la Région, de la gestion des politiques de santé et de formation). Elle s'est poursuivie par la mise en place de politiques « transversales » (RMI, la politique de la ville, actions en faveur des jeunes) qui s'appuient sur la définition de besoins locaux, sur une base « territoriale » et non plus sectorielle.



Résumé : Une patiente soignée à l'hôpital Saint-Louis à Paris pour un cancer du sein nous a fait part de l'aide apportée par un site Internet durant ses traitements (chimiothérapie, mastectomie, radiothérapie).

Internet, une aide pour (se) soigner

La patiente : Je suis en fin de traitement pour un cancer du sein. J'ai la chance d'habiter à proximité immédiate de l'hôpital dans lequel je suis suivie. Je n'ai que la rue à traverser. L'établissement est à taille humaine. Ma situation est atypique, car de nombreuses patientes que je côtoie dans le service viennent de province en ambulance ou en véhicule sanitaire léger.

Pratiques : Cette proximité géographique et cette facilité d'accès à vos soignants ne vous ont pourtant pas empêché d'avoir recours à Internet durant votre traitement.

Cela a commencé dès la chimiothérapie. Par exemple, mon oncologue, malgré tout le bien que je pense de lui, me dit «vous avez de la chance, vous n'avez pas de mucite». Je suis allée sur Internet à la recherche de ce terme inconnu de moi et je suis tombée sur le site d'une association *Essentielles* (1) consacré au cancer du sein. Ce site comporte plein de forums de discussion thématiques : *Chimiothérapies, Métastases, A nos étoiles* (celles qui meurent), *Petits bobos, Douleurs*, etc. Chaque personne se choisit un pseudonyme et cela discute beaucoup. On devient plus ou moins familiers avec une telle ou une telle. Dans ce lot de patientes, certaines, membres fondatrices, jouent le rôle de modérateur dans les échanges.

Est-ce qu'à l'hôpital, on vous avait proposé de participer à un groupe de paroles ?

A l'hôpital, on m'a seulement fourni des prospectus d'associations de malades et les coordonnées

d'une psychologue oncologue attachée au service et qu'on peut consulter gratuitement.

Ce site Internet sert-il à rechercher une information médicale précise ou à échanger entre personnes des vécus de maladie ?

Les deux à la fois. Par exemple, il y a l'interrogation d'une participante qui écrit : «J'ai très mal au dos et j'ai peur d'avoir des métastases osseuses». Des réponses nombreuses fusent sur le site qui permettent de mieux cerner la multiplicité de causes possibles d'un mal de dos durant le traitement du cancer du sein et qui ne sont pas liées forcément à des métastases. Il s'agit en fait de bribes de réponses plus ou moins précises face à des symptômes anxieux. C'est le pendant de la parole de l'oncologue, souvent très technique et trop succincte. Internet est un exutoire au stress. Dans les forums sont abordés les très nombreux effets secondaires des traitements. A part l'annonce systématique de la chute des cheveux, ils sont, soit sous-évalués, soit tout simplement ignorés des spécialistes qui nous soignent. La seule chose que ceux-ci prennent en considération dans la discussion avec nous, c'est l'efficacité des médicaments contre le cancer. Il en résulte l'expression de très nombreuses interrogations et inquiétudes des patientes sur le site avec la constitution d'une réelle expertise sur les effets secondaires des différents traitements. Mais il existe un «effet loupe» anxieux, majorant artificiellement la fréquence de ces effets iatrogènes puisque ne s'expriment sur le site que les personnes qui ont les effets secon-

daïres en question, celles qui ne les ont pas n'ayant pas tendance spontanément à le faire savoir.

Est-ce que dans vos échanges apparaissent des jugements de valeur sur la qualité des soignants ou des structures de soin ?

Oui beaucoup, il y a des noms de médecins ou de chirurgiens cités avec des initiales dans le forum et si on veut avoir le nom complet, il suffit d'écrire un courriel individuel à la personne qui s'est exprimée en bien ou en mal sur le médecin en lui demandant son nom et ses coordonnées. De sorte qu'il y a des opinions qui se forment sur untel ou untel et qu'on peut établir une cartographie des lieux où l'on est bien traité et de ceux à fuir, et aussi de constater de véritables déserts médicaux pour l'offre de soins en matière de cancer du sein.

Avez-vous utilisé souvent l'outil Internet pendant votre maladie ?

Durant mon traitement, je me connectais tous les jours. Sauf à être dans un épuisement physique total, cela accompagnait mon traitement. C'était comme prendre mes médicaments. Il s'agissait d'un soutien très important. On devient familier avec les gens qui s'expriment dans les forums. J'ai en tête une personne qui avait un cancer de type similaire au mien ; finalement, nous avons sympathisé et décidé de poursuivre nos échanges sur nos messageries personnelles.

Qui s'inscrit sur ce type de forums ?

Principalement des femmes atteintes par un cancer du sein, mais aussi l'entourage, la mère, la fille de la malade qui pose des questions sur la maladie, son stade, le pronostic.

Quelles leçons tirez-vous de l'utilisation de ce site à l'occasion de votre maladie ?

Quand on lit les autres expériences, on relativise sa propre situation. Il y a aussi cette grande sollicitu-

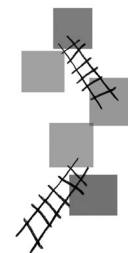
de la part de toutes les personnes qui fait du bien. La fréquentation d'un tel site est à la fois anxiogène quand on lit par exemple l'enfer de certaines chimiothérapies, mais est aussi porteur d'espoir. J'ai en tête ces témoignages de femmes avec des métastases et qui, six mois après le début du traitement, annonçaient heureuses sur le forum la disparition de ces localisations secondaires de leur cancer.

Ce qui manque, par contre, sur ce type de forum, c'est qu'un médecin puisse de temps en temps répondre directement aux questions des femmes. Ce qui m'est apparu aussi dans ces échanges, ce sont les très grandes inégalités géographiques pour l'accès aux soins. Les conditions sont plus favorables quand on vit dans une grande ville. Ailleurs, tout devient plus compliqué : moins de choix possible, beaucoup plus de déplacements entre les divers lieux de soin, le secteur privé y a la part belle avec des dépassements d'honoraires obligés afin de raccourcir les délais de rendez-vous trop longs du secteur public.

Existe-t-il une dimension lobbying dans cet outil, c'est-à-dire la volonté d'exprimer au nom d'un « collectif de malades du cancer du sein », des opinions ou des informations validées par le collectif ?

Non. Chaque personne s'exprime, se plaint, reconforte ou critique, mais il n'y a pas de capitalisation collective de ces vécus individuels. Il est très rare de lire des réponses avec une dimension politique des choses.

1. *Essentielles* est une association de loi 1901 à but non lucratif dont la vocation est d'informer et de mettre en relation des femmes atteintes du cancer du sein. Né le 1^{er} janvier 2002, le site Internet regroupe à présent plus de 2000 membres dans près de sept pays francophones.
<http://www.essentielles.net/>



Ils ont déshumanisé ma Sécu

Jeanne Mare

*Employée dans une Caisse
Primaire
de l'Assurance Maladie*

J'ai commencé à connaître la Sécu il y a une trentaine d'années. Je me rappelle que ma mère m'y envoyait chercher ses remboursements. J'étais reçue par une hôtesse qui portait un uniforme et un chapeau. Elle souriait et me parlait d'une voix douce. Lorsqu'on venait à la Sécu, on pouvait y parler, de sa vie, de la maladie, des problèmes financiers, des difficultés face aux paperasseries administratives.

Aujourd'hui, on ferme les centres de proximité, le seul accueil qui permettait encore aux assurés de rencontrer des êtres humains. On parle de « traçabilité » (norme ISO 9001 oblige). On installe des plates-formes téléphoniques où une vingtaine de personnes, engagées à la va-vite sans aucune technicité ni connaissance de la législation en cours, ne disposent pour tout équipement que d'un logiciel informatique. Les temps de réponse sont chronométrés, chaque communication ne doit pas durer plus de trois minutes ! Un compteur est installé sur chaque ordinateur, les temps de pause sont comptabilisés (même pour aller aux toilettes). Les demandes des assurés nous sont transmises par messagerie, par ces même agents qui ne sont pas formés, d'où des erreurs, des questions mal posées ou incompréhensibles : il en résulte forcément un assuré mal renseigné. Le circuit est celui-ci : l'assuré appelle la plate-forme téléphonique (0,11 euro la minute), celle-ci lui laisse un message. Sur un logiciel de messagerie, le message nous parvient, nous rappelons l'assuré pour le renseigner. C'est un système lourd et coûteux tant pour la Sécu que pour les assurés, car le plus souvent, ils appellent à partir de leur téléphone portable. La plate-forme n'a pas le droit de donner nos coordonnées, c'est-à-dire que les assurés ne peuvent plus nous joindre

directement. Il a été créé par ailleurs une plate-forme départementale qui réceptionne tous les courriers de la Caisse primaire, à charge pour elle de ventiler vers les différents services. En clair, un courrier qui est adressé au centre de production de B., par exemple, repart à T., là où est installée la plate-forme courrier, pour revenir à B.

Il y a aussi la suppression de l'accueil des personnes atteintes de maladies professionnelles. Ces maladies souvent graves demandent une gestion pointue, un personnel qualifié et surtout un contact humain. Auparavant, chaque technicien possédait son propre portefeuille d'assurés. Il en résultait donc une parfaite connaissance de leurs dossiers et surtout de leurs titulaires. Ce sont des personnes que nous étions amenés à revoir souvent et sur une période assez longue, d'où l'importance pour eux d'avoir toujours à faire au même interlocuteur, quelqu'un qui connaît bien leur histoire. On finissait par connaître les gens, mettre un visage sur un nom. On s'attachait à eux comme ils s'attachaient à nous. Il y avait une parfaite implication des agents, chacun étant responsable de son propre secteur. Aujourd'hui, c'est l'anonymat généralisé. Les agents sont déresponsabilisés et donc démotivés. Les conditions de travail se dégradent et la pression monte un peu plus chaque jour. Le manque de personnel se fait de plus en plus ressentir. Les assurés sont désinformés et complètement désorientés quant au suivi de leurs prestations.

On a totalement perdu de vue le côté humain de la Sécu, on voudrait qu'elle fonctionne comme une société privée, qu'elle soit rentable et non sociale.

Les sans territoire de vie

Dix-sept familles Roms (tziganes roumains) sont stationnées boulevard Koenig à Nantes, depuis septembre 2005, sur un terrain de la Communauté Urbaine de *Nantes métropole*, à deux pas de réservoirs d'hydrocarbures, sur un site classé *Seveso*, près du pont de Cheviré.

En 2005, la Ville de Nantes n'a eu de cesse de les faire expulser par la police pour occupation illégale de terrains où elles avaient trouvé refuge. Aujourd'hui, la Communauté Urbaine a saisi la justice pour statuer sur leur cas : par décision en date du 24 juillet 2006, le Juge de l'Exécution a constaté l'inapplicabilité de toute médiation en l'absence d'accord des parties et sursoit à l'expulsion jusqu'à la date limite du 12 août 2006. Ceci signifie qu'à compter de cette date couperet, ces familles se feront expulser, nous pouvons le craindre, dans des conditions violentes comme par le passé, sans qu'il leur soit proposé des solutions d'hébergement. Leurs caravanes qui ne sont plus en état de circulation et qui ne seront pas déplacées, risquent d'être détruites, sans que les familles puissent emporter l'intégralité de leurs effets personnels.

La situation des Roms de France, vivant dans un environnement désastreux (habitat vétuste, aires de stationnement près de quatre voies et de sites industriels) nous rappelle l'Inde et ses vastes pans de populations vivant dans une misère extrême... Les tziganes, de tout temps, ont été des parias. Hier, ils étaient pourchassés, déportés, et exterminés par les nazis. Aujourd'hui, ils sont victimes d'un racisme exacerbé dans leur propre pays. Leur situation sociale et économique est catastrophique en Roumanie. Les pouvoirs publics ne peuvent l'ignorer. Le personnel soignant qui accueille les Roms constate chez les enfants une sous-vaccination et des dénutritions ; chez les femmes, des

grossesses à risque du fait de la pauvreté et des conditions de vie ; chez les adultes, des maladies graves qui justifient un titre de séjour parce que l'accès aux soins en Roumanie est extrêmement difficile voire impossible. La période caniculaire actuelle aggrave encore plus leur état de santé.

Comment refuser à ces personnes le droit fondamental au logement, alors qu'un formidable élan de solidarité de la part de citoyens et de certains élus se manifeste en faveur des familles sans-papiers avec enfants scolarisés en France, menacées d'expulsion ? La majorité des enfants Roms sont scolarisés et ont des certificats de parrainage.

Faudra-t-il attendre un accident environnemental majeur pour que nos élus se penchent enfin sur la question et prennent des mesures de relogement des populations en danger ? Les pouvoirs publics ne sont-ils pas responsables de la sécurité et de la santé publiques ? Depuis de longs mois, les élus de la Ville et de la Communauté Urbaine laissent pourrir la situation, refusant de s'asseoir à la même table que les Roms pour négocier et répondent *non* aux citoyens et associations qui le demandent. Le droit au logement est pourtant un droit inaliénable de toute personne humaine.

Cette situation, humainement dramatique et complexe, requiert une médiation urgente par des personnes responsables, pour trouver une solution alternative et reloger ces familles. Un collectif d'associations citoyennes (1) a sollicité une rencontre dans les plus brefs délais avec les élus de la Communauté Urbaine, afin d'éviter que de nouvelles violences s'abattent sur ces familles.

1. Collectif « Uni(e)s Contre une Immigration Jetable » ; GASProm-ASTI ; Ligue des droits de l'Homme ; MRAP ; Syndicat de la Médecine Générale 44 ; Tous solidaires ; Une famille, un toit ; Médecins du Monde...

Patrick Dubreil

Médecin généraliste

Résumé : Ce texte voudrait mettre en évidence, à partir d'une réflexion sur le modèle colonial, les contradictions spatiales inhérentes à une pensée purement technocratique de la médecine : celle-ci étend d'autant plus ses territoires de domination qu'elle restreint les territoires d'accès aux soins. Repenser la médecine en termes de besoins réels, c'est donc refonder une pensée du territoire.

Ce que signifie l'inégalité territoriale

Christiane Vollaire

Philosophe

Dans le domaine médical, la question territoriale semble se poser de la même manière que dans le domaine militaire : elle est l'enjeu de stratégies de pouvoir et de domination. Et la réalité de la mondialisation, loin d'en résoudre les conséquences en termes de coût humain, n'a fait que les aggraver. Dès sa création dans la deuxième moitié du XX^e siècle, l'idée même d'un organisme assurantiel comme Europ'Assistance mettait au grand jour les effets pervers d'une inégalité territoriale : la possibilité de voyager, de plus en plus développée, s'accompagnait nécessairement du risque d'accéder à des territoires de non-soin, obligeant à envisager le rapatriement. Un tel risque, à la période contemporaine, s'est encore aggravé, dans le temps même où les technologies médicales ont considérablement progressé.

Progrès technologique et connaissance du corps

En 1952, à la demande de l'UNESCO, Claude Lévi-Strauss publiait *Race et Histoire*, opuscule destiné à réfuter radicalement l'idée, déjà discréditée après la défaite nazie, d'une inégalité entre les races. Il aboutissait en fait à déboulonner le dogme d'une supériorité de la culture occidentale, en montrant d'une part comment l'avance technologique qui la caractérise n'est que le produit final des apports cumulatifs d'une multiplicité de cultures différentes ; d'autre part comment on peut

dissocier le progrès technologique du progrès médical, dans la mesure où la connaissance la plus approfondie du corps ne passe pas nécessairement par sa technicisation. Ainsi écrit-il : « L'Occident, maître des machines, témoigne de connaissances très élémentaires sur l'utilisation et les ressources de cette suprême machine qu'est le corps humain. Dans ce domaine au contraire, comme dans celui, connexe, des rapports entre le physique et le moral, l'Orient et l'Extrême-Orient possèdent sur lui une avance de plusieurs millénaires ; ils ont produit ces vastes sommes théoriques et pratiques que sont le yoga de l'Inde, les techniques du souffle chinoises ou la gymnastique viscérale des anciens Maoris. » (1)

La « maîtrise des machines » n'apparaît donc pas nécessairement indissociable de la maîtrise du corps, qui, elle, réclame cet au-delà de la technologie que constitue pour chaque sujet le contrôle de sa propre intériorité. Mais dès lors, c'est le fondement même de la médecine occidentale de l'ère industrielle qui est pris en défaut. Or c'est cette médecine, technologiquement puissante, mais aussi faillible justement parce que soumise à la technologie, qui va faire modèle pour la planète entière. C'est elle qui, sur un simple plan topographique, va s'exporter sous toutes ses formes, mais aussi drainer vers les centres occidentaux des populations de toute origine. C'est elle qui va s'im-

poser comme règle de ce que doit être le devenir médical de l'humanité tout entière.

L'universel discriminant

Mais, à cette première contradiction, s'en ajoute une seconde : cette médecine, qui prétend à tout prix s'universaliser au titre des réels progrès qu'elle permet (l'apparition des trithérapies pour le Sida en constitue un exemple emblématique), va devenir, de ce fait même, discriminatoire : ce qui s'affirme comme modèle extensible à l'humanité tout entière se présente en même temps comme visée inaccessible pour la majeure partie de cette humanité. Et c'est le coût même de la technologie qui produit cet effet discriminant. Les résultats de cette double contradiction sont tout à fait limpides : des territoires entiers de la planète, surexploités technologiquement pour leurs ressources minières ou énergétiques, sont au contraire livrés à l'abandon pour ce qui concerne leur médicalisation, et bénéficient au mieux d'un traitement humanitaire, c'est-à-dire sous-technologisé, de leurs besoins en santé publique.

La nécessité d'échapper au territoire d'origine pour assurer la survie va ainsi constituer des flux migratoires, dans lesquels la part du besoin médical, celle de la nécessité économique et celle de l'urgence politique sont inextricablement mêlées. Et, dans le temps même où les voyages d'agrément ou de profit vont se multiplier, les migrations pour raison vitale vont se voir contrôlées, interdites, pénalisées, et livrées de ce fait à tous les abus du non-droit et de la clandestinité.

Autrement dit, le principe d'universalité, qui régit l'extension d'un modèle technologique de la médecine, est la source même du clivage inégalitaire qui conditionne sa réalisation. Mais ce modèle technologique est, en outre, le même qui assure la surexploitation et la prédation économique des territoires qui lui sont livrés. Ce principe d'extension s'affirme donc comme un principe de domination. Et il fonctionne, de ce fait, exactement comme un principe de colonisation : c'est la colonisation de l'espace médical par le paradigme technologique occidental, qui produit cette redis-

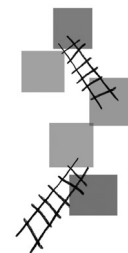
tribution géographique à partir de laquelle la concentration des espaces de soin crée une véritable pénurie sanitaire.

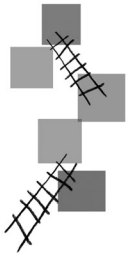
L'industrialisation territoriale de la médecine

Ce qu'on voit alors apparaître n'est rien d'autre que l'application du modèle colonial au territoire métropolitain lui-même : la concentration spatiale des territoires sanitaires qui génère les flux migratoires des territoires extra-occidentaux vers les pays occidentaux, génère exactement de la même manière, sur les territoires occidentaux, des espaces de non soin et des formes de migration intérieure vers les villes pour raison sanitaire. Et cette concentration de moyens technologiques fonctionne à la façon d'une concentration financière : sur un principe de rentabilité.

Le corps technicisé de la médecine est par là même un corps marchandisé, pour lequel le coût du plateau technique que nécessitent les examens et les interventions doit nécessairement être amorti par leur usage ; pour lequel la prescription fait fonction d'injonction à la consommation. Et, bien sûr, la surconsommation médicamenteuse dans les territoires occidentaux en est l'un des effets les plus saillants. Dans l'ère industrielle qui est celle de la réalité contemporaine, c'est le plateau technique qui décide de l'implantation médicale et des modes de concentration hospitalière, en l'absence de tout autre critère que celui qui justifie son coût par son rendement, et suscite la demande pour garantir la pérennisation de l'offre. De même, l'extension territoriale de cette offre tend à en universaliser les profits, comme le montre la bataille des brevets suscitée par l'Organisation Mondiale du Commerce sur un sujet (les brevets sur les médicaments) qui aurait dû pourtant concerner en priorité l'Organisation Mondiale de la Santé.

Dans tous ces domaines, les processus de normalisation internationale (que constituent, par exemple, les brevets) ne visent une efficacité thérapeutique que dans la mesure où celle-ci conditionne, comme effet de propagande publicitaire, la diffusion et la rentabilité des produits (mécaniques ou chimiques) mis sur le marché.





La solvabilité des corps

Or cette corrélation perverse entre un processus d'expansion mondiale d'une pensée technocratique de la médecine, et un processus de restriction territoriale de l'offre de soin, a pour conséquence première de cliver les représentations du corps : le corps solvable, objet de la propagande publicitaire des produits pharmaceutiques, est choyé en tant que source de profits (ce que montre, par exemple, la conception même du service privé médico-hospitalier). Quant au corps non solvable, il est réduit à l'état d'indignité, délibérément privé d'accès aux soins et déconsidéré. Ou, dans le pire des cas, pris en charge pour des motifs d'exploitation expérimentale ou de marchandisation tissulaire qui serviront, sur d'autres territoires, au traitement des corps solvables.

Plus la médecine s'universalise, plus la valeur du corps se définit par son territoire d'appartenance, et plus son devenir se lie à l'espace dans lequel il se présente et se donne à représenter. Ainsi, dans des pays inégalement industrialisés, on verra même les élites politico-économiques pratiquer l'expatriation pour motif médical, ce qui signifie non pas une insuffisance financière, mais une dépendance technologique. La pauvreté ne se définit en effet pas par un manque de moyens économiques, mais par une absence d'investissement collectif de ces moyens : ce que les pays dits « du Sud » montrent de façon caricaturale dans la figure de leurs tyrans, les pays dits « du Nord » le mettent en œuvre dans tous les processus de privatisation qui ne sont que des formes de confiscation du bien commun.

L'offre de soin et l'expatriation

Or l'offre de soin fait par nécessité partie du bien commun, puisque les moyens qu'elle suppose ne sont généralement à la portée d'aucune fortune privée (qui peut s'offrir le plateau technique d'un hôpital, et le personnel d'utilisation et de maintenance qu'il nécessite?). Mais de ce fait même, l'investissement que représente une telle offre est hors des choix de budgets nationaux totalement parasités par la corruption, et impossible à mettre en œuvre là même où les choix politiques sont ceux

du renoncement à toute formation locale des personnels. La corruption, qui rompt, comme l'indique son étymologie, toute solidarité sociale, a pour première conséquence de priver même ses propres bénéficiaires de l'offre de soins dont ils privent leurs populations.

Quand le chef d'Etat d'un ancien pays colonisé vient se faire soigner sur le territoire de l'ancienne puissance colonisatrice, dans le temps même où il dénonce les effets dévastateurs de la colonisation, il ne fait qu'amener à une évidence pathétique les gâchis de la décolonisation. Le corps privé d'Abdelaziz Bouteflika, chef de l'Etat algérien, aura ainsi les moyens de s'offrir l'appareillage technique et les compétences du personnel du Val-de-Grâce, hôpital d'élite parisien. Mais c'est précisément au prix de la sous-médicalisation du territoire algérien dont il a la responsabilité politique. Et c'est, en outre, au prix d'une humiliante reconduction de la dépendance coloniale.

Dans le même temps, l'accès aux soins, sera, par les méfaits de l'Assurance maladie, rendu difficile à une majorité de ressortissants français, et quasiment impossible à un nombre grandissant de sans-papiers. Il finit ainsi par aller de soi que la reconnaissance d'un droit à la santé n'est pas égale pour tous les corps, et que plus s'élargissent les déclarations internationales censées le garantir (celles de l'OMS en particulier), plus se réduisent les possibilités effectives de le faire reconnaître et appliquer.

La constitution du « corps d'exception » dans l'espace mondial

A ce niveau de double langage, on aboutit à un partage des corps qui produit ce que Sidi Mohammed Barkat appelle un « corps d'exception » (2) : corps qui n'est plus régi par les règles du droit commun, et se retrouve de ce fait susceptible de subir ce contre quoi d'autres corps seront au moins juridiquement garantis et prémunis. Il décrit ainsi le corps du colonisé comme un corps entièrement construit par la loi sous le régime de l'exception, et montre comment cette construction juridique aboutit à la possibilité du massacre

colonial, dans la violence et la dénégation d'humanité qui ont caractérisé la guerre d'Algérie.

Ce qu'on voudrait montrer ici, c'est que cette dénégation d'humanité, à partir du moment où elle a pu être posée sur un territoire donné, tend à contaminer aussi l'espace social : tout principe discriminant fait modèle pour de nouvelles discriminations, et dès qu'on peut penser une humanité clivée, le clivage devient reproductible à tous les niveaux de l'espace public.

Ainsi le présupposé raciste sous-jacent à toutes les guerres coloniales apparaît-il en quelque sorte comme un facteur d'abaissement du seuil de tolérance à la violence, en même temps que comme une accoutumance à la possibilité discriminatoire. L'historien Olivier Lecour-Grandmaison montre sur ce point que la guerre de colonisation de l'Algérie, achevée en 1870, a fait modèle et servi en quelque sorte de terrain d'expérimentation de la violence pour la répression sociale de la Commune de Paris en 1871. De la discrimination raciale à la discrimination sociale, c'est donc un saut territorial qui s'opère, transférant de l'extérieur à l'intérieur la violence discriminatoire.

Or ce saut territorial se répercute non seulement dans l'espace de soin, mais dans l'espace de formation des soignants, produisant à plus ou moins grande échelle l'expatriation des personnels médico-hospitaliers, et la désertification sanitaire de zones pourtant peuplées. Là où les investissements financiers d'une médecine de pointe deviennent corrélatifs d'un désinvestissement territorial du tissu sanitaire, se reproduisent les sché-

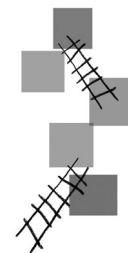
mas de ségrégation qui caractérisaient déjà la médecine coloniale, créant incessamment des « corps d'exception » non protégés par la loi.

A la période contemporaine, ces « corps d'exception » s'identifient aux flux migratoires de sujets qui n'ont plus le statut de personnes et peuvent mourir noyés dans les eaux territoriales, ou momentanément secourus sur les plages des vacances d'été par des touristes médusés, dans la rencontre physique et totalement insolite entre des corps sans commune mesure juridique. C'est cette rencontre, aussi insolite que honteuse, qui nous dit exactement ce que signifie, dans son ultime aboutissement comme dans son essence, le principe désormais omniprésent de l'inégalité territoriale.

Repenser la médecine à partir des besoins territoriaux, c'est donc à cet égard remettre en cause une politique médicale délibérée, dont la mondialisation n'a jamais eu pour objectif une amélioration de la santé des populations. C'est partir des besoins réels, auxquels doivent être soumises des programmations technico-commerciales qui, dans le domaine médical comme partout ailleurs, ont fait la preuve, là où elles ne sont pas régulées, non pas de leur inefficacité, mais de leurs effets mortifères.

1. Claude Lévi-Strauss, *Race et Histoire*, Denoël, 1961, p.47

2. Sidi Mohammed Barkat, *Le Corps d'exception. Les artifices du pouvoir colonial et la destruction de la vie*, Ed. Amsterdam, 2005.



Résumé : Dans la microstructure, s'adjoignent au médecin généraliste, dans son cabinet, à des plages horaires fixes, un psychologue et un travailleur social qui assurent, avec lui, le suivi de ces patients. Le pharmacien d'officine s'y inscrit de plus en plus souvent, en raison de l'importance que peut prendre la délivrance des médicaments prescrits. Chaque mois, l'équipe de la microstructure se réunit en synthèse. Elle analyse la situation des patients et oriente la conduite à tenir avec chacun d'eux. La microstructure propose aux personnes présentant un syndrome addictif des soins de proximité de qualité et sans marquage.

La microstructure médicale

Georges-Henri
Melenotte

*Médecin généraliste et
Président de la Coordination
nationale des réseaux de
microstructures médicales*

Alexandre Feltz

Médecin généraliste

Aujourd'hui, les priorités sanitaires évoluent très vite. Elles nécessitent une constante adaptation de l'outil de prévention et de soin à ces changements. Les usagers de drogue modifient sans cesse leurs pratiques. Les co-morbidités associées évoluent en conséquence. La médecine générale, qui est perçue comme un pivot dans le dispositif de soin existant en France, doit s'adapter à ces évolutions. Un exemple : leur rôle dans le suivi et les traitements des hépatites chez les usagers de drogue.

Une nouvelle pratique médicale. Les microstructures médicales répondent à cette évolution. Elles inaugurent une nouvelle médecine apte à s'adapter aux évolutions du terrain. Elles se limitent à ce jour au champ des addictions. Imaginées au départ comme un moyen de pallier les défauts des pratiques médicales devant les mésusages des médicaments de substitution, elles accueillent aujourd'hui les nouvelles addictions en s'y adaptant d'emblée et en offrant aux usagers les solutions thérapeutiques pertinentes.

Privilégier le contact. Dans son champ actuel, le concept de microstructure repose sur un principe thérapeutique simple : la méthode de soin l'emporte sur le simple usage de la molécule. Elle privilégie le contact avec le patient en utilisant, quand c'est le cas, le médicament de substitution comme moyen de contact.

Présentation de la microstructure. Dans la microstructure, s'adjoignent au médecin, dans son cabinet, à des plages horaires fixes, un psychologue et un travailleur social qui assurent, avec lui, le suivi de ces patients. Le pharmacien d'officine s'y inscrit de plus en plus souvent, en raison de l'importance que peut prendre la délivrance des

médicaments prescrits. Chaque mois, l'équipe de la microstructure se réunit en synthèse. Elle analyse la situation des patients et oriente la conduite à tenir avec chacun d'eux.

La microstructure propose aux personnes présentant un syndrome addictif des soins de proximité de qualité et sans marquage.

Les réseaux. Les microstructures sont réunies en réseaux. Chaque réseau valorise trois axes : l'activité clinique, la recherche et la formation de ses membres. Le partenariat avec les intervenants du dispositif de soin existant est formalisé, tant avec les autres structures sanitaires en addictologie qu'avec les référents hospitaliers, que ce soit dans le domaine des hépatites B et C, celui du VIH, et dans celui de la psychiatrie.

Un bref historique (1). Les microstructures ont été mises en place pour la première fois en Alsace en janvier 2000. Fin décembre 2005, elles formaient un réseau régional RMS (réseau de microstructures médicales) de 825 patients répartis dans la région, essentiellement en zone urbaine et sub-urbaine. En 2005, a été créé RMS Provence qui comporte quatre microstructures et devrait passer à sept en automne prochain. Un nouveau réseau vient de se créer à Saint-Nazaire et trois autres projets sont en cours.

Premier bilan. Le bilan sanitaire de ce nouveau dispositif est prometteur. Quelques exemples le démontrent.

Dans son action contre le mésusage du Subutex®, le dispositif a prouvé son efficacité. Une étude menée par RMS Alsace démontre qu'à ce jour, le nombre des traitements par la méthadone y augmente régulièrement par rapport aux traitements par le Subutex® (en septembre 2005, il y avait un

Coordination nationale
des réseaux de
microstructures médicales
21, bd de Nancy
67000 Strasbourg
Téléphone : 03-88-22-05-49
Télécopie : 03-88-52-04-05
e-mail :
coordination-nationale@reseau-rms.org
site Internet :
<http://www.reseau-rms.org>

rapport de deux personnes substituées au Subutex® pour une par la méthadone, aujourd'hui, il est de 1 à 1). Si cela s'inscrit dans une tendance générale, l'écart obtenu ici est notable. Le passage du Subutex® à la méthadone s'est fait dans de bonnes conditions. La prise de méthadone en microstructure est sûre, en offrant au médecin généraliste des conditions proches de celles d'un CSST (Centre spécialisé de soins aux toxicomanes). Les résultats montrant la baisse dans l'usage du Subutex® en faveur de la méthadone seraient plus importants à ce jour si l'autorisation avait été donnée au médecin généraliste, offrant les garanties de la microstructure, de prescrire la méthadone.

Une bonne compliance aux traitements entrepris. Les suivis entrepris en microstructure sont réguliers. Ceci importe quand on connaît la relative irrégularité des usagers de drogue aux rendez-vous. Durant les années 2004 et 2005, dans le même réseau, les entretiens psychologiques ont été effectués dans une fourchette allant de 56 % à 76 %. Les rendez-vous manqués ont souvent été excusés. Une étude faite à ce sujet a montré que cette régularité tenait à l'identification et à l'investissement des patients dans le dispositif sanitaire proposé.

Une bonne efficacité dans le traitement des comorbidités associées aux pratiques addictives. Les microstructures s'avèrent être un outil thérapeutique performant dans la lutte contre les comorbidités liées aux pratiques addictives. Ainsi des premiers résultats encourageants ont-ils été obtenus dans le dépistage et le traitement de l'hépatite C. Une enquête menée en collaboration avec le Pôle Régional de référence Hépatites C du CHU de Strasbourg montre que le dépistage de l'hépa-

tite C des patients du réseau en Alsace a été important (plus de 75 %). Le pourcentage des traitements entrepris chez les personnes porteuses du virus (test ARN positif) s'élève à 39 %.

Une structure apte à accueillir des innovations sanitaires. La pratique en microstructure favorise les innovations : ainsi en va-t-il des consultations-experts où l'expert hépatite C se rend en microstructure où médecin, psychologue et travailleur social lui présentent des cas. Des traitements de l'hépatite ont ainsi été initialisés en microstructure en 2005 et de plus en plus fréquemment en 2006. Des premières consultations avec le fibrosan ont été entreprises avec succès en juin 2006. Un projet de dossier médical partagé avec les services de gastroentérologie hospitalier est en cours. Un protocole de facilitation de l'accès à la méthadone pour les microstructures a été mis en place.

Financement. Le financement des réseaux est majoritairement public : il vient principalement du financement DRDR (2). Selon les réseaux, il est effectué par l'URCAM (3) et l'ARH (4), la DRASS (5) et les collectivités territoriales. Les évaluations sont financées par la MILDT (6), le FAQSV (7) ou les laboratoires privés.

1. Les premières Rencontres nationales des réseaux de microstructures médicales ont eu lieu le 13 octobre 2006 sous l'égide de la Direction Générale de la Santé.
2. Dotation Régionale de Développement des Réseaux.
3. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
4. Agence Régionale de l'Hospitalisation.
5. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
6. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.
7. Fonds d'aide à la qualité des soins de ville.



Résumé : Comment, face à la désertification médicale, une communauté rurale s'organise, créant une maison de santé où professionnels médico-sociaux travaillent ensemble, améliorant l'accès aux soins de toute la population du canton et élaborant des actions de santé publique en lien avec les problématiques locales.

La maison de santé amandinoise

Michel Serin
et
Frédéric Jacquetin

Médecins généralistes

Lorsque la crise éclate

Il était une fois un petit village de 1 400 âmes aux confins de la Bourgogne. A deux heures de la capitale, les 3 600 habitants du canton vivaient d'une tradition potière ancestrale et d'une agriculture en pleine mutation. Les deux médecins qui y exerçaient, les docteurs Brivois et Serin, aimaient leur métier. Lorsqu'ils s'accordaient des vacances, c'étaient avec plaisir que leur remplaçant, le docteur Jarny, venait depuis deux années. Jean Brivois, après trente-cinq années de bons et loyaux services commençait à réfléchir à sa retraite qui débiterait en 2003.

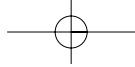
Michel Serin, quant à lui, est bien décidé à ne pas quitter cette Puisaye qui l'accueillit en 1986 et continue à vivre sa passion et à la transmettre aux stagiaires confiés par la faculté dijonnaise. En 2002, c'est d'ailleurs le jeune Frédéric Jacquetin qui est formé : il découvre ce métier pour lequel il s'était destiné : la médecine générale en milieu rural ; de nourrissons et femmes enceintes à centenaires en maison de retraite, il prend conscience de la nécessaire approche globale du patient. Il prend goût à cette richesse qu'offre la médecine rurale faite d'urgences assumées de façon conjointe avec les pompiers et les SAMUS de la région, au suivi des patients de façon longitudinale. En lui naît cette volonté de prévenir les maladies plutôt que de les guérir. Il aime ce rôle de coordinateur qu'a le médecin généraliste.

Parce qu'il est facile d'accès et que l'offre de soins est plus limitée qu'en ville, le jeune Frédéric confirme son idée que l'exercice de sa passion de la médecine générale qui vient de germer ne pourra s'épanouir pleinement que dans la ruralité. Grâce à une bonne entente avec ses collègues, il s'aperçoit que la vie personnelle est compatible avec une vie professionnelle épanouissante, mais se dit qu'une association plus solide serait préférable.

Bref, la vie était sereine dans ce petit village et rien ne semblait pouvoir briser cette harmonie. C'était sans compter avec ces terribles fléaux qui commençaient à sévir : la démographie médicale et la mutation de la société. Compte tenu des pronostics alarmants publiés par l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) de Bourgogne en 1999, notamment en ce qui concerne la Nièvre, Jean Brivois ne trouvera probablement pas de successeur et Michel Serin ne veut ni ne peut assumer une telle surcharge de travail.

La communauté s'organise

Une des nombreuses richesses du milieu rural est que les forces vives se côtoient souvent sur de multiples fronts. C'est ainsi que la Communauté de Communes qui vient de se créer et souhaite améliorer les services à la population va réfléchir de concert avec Michel Serin sur un projet novateur, regrouper les professionnels de santé du canton



sur un même site. La campagne gardera ses hameaux, mais les professionnels travailleront au sein d'un regroupement : l'union fait la force. Afin de maintenir les deux médecins, les deux infirmières, le kinésithérapeute, le dentiste et l'entreprise de taxi (collaborateur essentiel par son travail de soutien de nos patients et leur connaissance sous une autre facette) passent à l'action (les services d'aide à domicile, partageant du personnel, ne peuvent quitter le centre social). Ensemble, la croisade est lancée. Après la collectivité territoriale, les voici partis à la rencontre du directeur et de la présidente de l'Union Régionale des Caisses de l'Assurance Maladie (URCAM) de Bourgogne. Ils y reçoivent un enthousiasme stimulant qui débouchera sur un financement par le FAQSV (Fond d'amélioration de la Qualité des Soins en Ville) : aide au regroupement et fonctionnement jusqu'en décembre 2006.

Un nouvel espoir

La succession d'un médecin généraliste n'est plus le seul objectif, mais un projet plus innovant et plus ambitieux est né : la Maison de Santé. Elle permet de maintenir les professionnels de santé existants en développant une offre complémentaire afin de faciliter l'accès de la population à des soins absents du canton et lutter contre l'isolement des professionnels de santé. De fait, l'exercice interprofessionnel permet de placer le patient au centre du système de soins : accès aux soins, éducation thérapeutique et prévention.

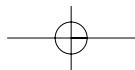
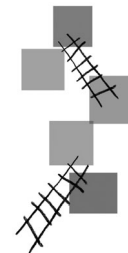
Comme dans toutes les histoires qui commencent par « il était une fois », vous lisez la traditionnelle « ils se marièrent et eurent beaucoup d'enfant ». Cette histoire ne dérogera pas à la règle. Ainsi après des mois où ce petit groupe apprend à se connaître, l'équipe s'étoffe avec des professionnels qui s'installent autour.

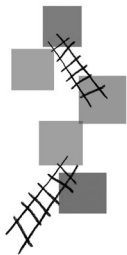
La famille de Christophe Jarny accepte l'idée de l'installation à Saint Amand en Puisaye, tout en habitant à Cosne sur Loire, deuxième ville de la Nièvre à 20 kilomètres. Le fond FAQSV alloué, les

réunions de travail sont indemnisées et une secrétaire est embauchée quelques heures par semaine pour soulager d'une partie du travail et enrichir l'équipe de son expérience. De nouveaux professionnels se présentent : ils souhaitent changer de mode d'exercice, mais sans travailler seuls... C'est ainsi que le 2 mai 2005, la Maison de Santé Amandinoise ouvre ses portes avec : un kinésithérapeute, un dentiste, deux infirmières, une diététicienne, une antenne du centre médico-psychologique de Cosne (permanence d'infirmière psychiatrique hebdomadaire et mensuelle d'un psychiatre), trois médecins généralistes (Frédéric Jacquetin accepte de faire le troisième), une podologue, une psychologue, une ergothérapeute... rejoints quelques mois après par une sage-femme puis une orthophoniste neuropsychologue. La collaboration avec la CPAM de la Nièvre permet l'installation d'un relais CPAM : les secrétaires sont formées à un premier niveau de renseignement administratif et disposent d'un agent administratif référent. Les services d'aide à domicile, rencontrés à l'occasion de difficultés avec des patients de plus en plus lourds, se rendent compte de l'apport de cette structure, en particulier pour améliorer la coordination et soutenir les aides à domicile souvent en souffrance : c'est ainsi que l'Association d'Aide des Personnes Agées à Domicile décide de venir s'installer dans le magnifique grenier résiduel, entraînant dans son sillage la médecine du travail inter-entreprise.

Des bouleversements au quotidien...

Le secrétariat est assuré de 8 heures à 20 heures tous les jours, jusqu'à 12 heures le samedi (plus d'appel téléphonique inutile) favorisant l'exercice des professionnels et assurant une réelle permanence rassurante pour les patients. Les dossiers sont mis à jour en temps réels ; une grande partie de la comptabilité et les relations avec le comptable sont gérées par le secrétariat ainsi que certains documents remplis, l'appel de certains patients, l'adaptation au téléphone des traitements anticoagulants...





La communication par messagerie électronique réduit encore les appels téléphoniques qui perturbent la consultation sans nuire à la rapidité des actions.

Non contents de se croiser dans les couloirs, les médecins décident de se réunir de façon hebdomadaire : finie la solitude, la culpabilité exacerbée... Maintenant, ils peuvent parler de leurs patients, d'eux, de leurs correspondants, de l'évolution de leur dossier informatique commun, de leurs cas cliniques et de la mise en place de référentiels communs dans la prise en charge de leurs patients. C'est la facilité de s'échapper quelques heures ou quelques jours, de partager une charge de travail trop lourde...

Les professionnels se rencontrent autour du patient, en abandonnant les antiques courriers manuscrits confiés au patient. C'est toujours un temps sympathique et rassurant pour le patient, sans parler de l'économie de temps et soins permettant une reconnaissance et un transfert de compétences progressif.

La prise de conscience des compétences des différents professionnels et leur volonté de prévention conduisent à l'élaboration d'actions de santé publique en lien avec les problématiques locales (collège, clubs des anciens, prévention des pertes d'autonomie).

Bilan à un an...

Finalement il est bien difficile de trouver des points négatifs, même s'ils existent (conjoint-collaborateur lâchement abandonné, budget de fonction-

nement important...).

Le succès immédiat de ce projet réside dans :

- La collaboration entre élus et professionnels de santé.
- La collaboration entre professionnels de santé et l'URCAM de Bourgogne ainsi que la CPAM et la MSA nivernaises.
- Un panel de professionnels de santé de soins primaires complet qui permet une prise en charge globale des soins et de la santé d'un bassin de population.
- Des rencontres régulières entre les professionnels pour améliorer la coordination, la formation interprofessionnelle et lutter contre l'isolement et la dépression des blouses blanches.
- Une interface avec tous les réseaux de santé spécialisés, mais aussi participation à l'élaboration de réseaux en adéquation avec notre exercice.

« Ils se marièrent et eurent beaucoup d'enfants » : c'est aussi l'émergence dans toute la France de Maisons interprofessionnelles afin de lutter contre le même fléau et même la création d'une Fédération française des Maisons de Soins et de Santé.

L'histoire n'est pourtant pas finie, elle continue, et qui sait, le fléau « démographie des professionnels de santé en milieu rural » se verra vaincu, les nouveaux formés prenant conscience que l'exercice de leur passion, dans toute sa grandeur et sans sacrifice de leur vie personnelle, est possible à la campagne.

A suivre donc...

La RH du mardi soir

Mardi 18 juillet 2006, 19h 30. Je suis assis dans un amphithéâtre vieillot de l'Ecole des Beaux-Arts de Paris. Avec moi une trentaine de personnes se sont installées sur les bancs de l'amphi. Sur l'estrade en bas, Sabrina, secrétaire générale d'Act Up-Paris (AUP) est ce soir la facilitatrice (1) de la soirée. Elle inscrit sur le tableau derrière elle l'ordre du jour préétabli de la réunion (2) avec le minutage pour les différents temps du débat. Un autre militant s'installe à ses côtés avec son ordinateur pour prendre les notes qui donneront lieu au compte rendu diffusé par mail et sur papier aux adhérents. Chaque point à l'ordre du jour est introduit par un militant : Sabrina commence en évoquant la participation d'AUP à la manifestation du 14 juillet initiée par la Brigade Activiste des Clowns. Mathieu fait le bilan d'un Zap (3) lors d'un colloque au Palais des Congrès où un groupe de militants d'AUP a interpellé Douste Blazy pour qu'il s'engage publiquement pour que UNITAID, la centrale d'achat de médicaments pour le Sud financée par une taxe sur les billets d'avion, serve uniquement à acheter des médicaments génériques. Puis un des membres de la commission de travail *droits sociaux* évoquent plusieurs soutiens en cours à des personnes menacées d'expulsion de leur logement. Olivier et Fabrice présentent, eux, une proposition d'action, à l'occasion de la prochaine conférence internationale sur le Sida à Toronto en août prochain, contre un laboratoire qui tarde à mettre sur le marché une nouvelle forme galénique plus commode d'utilisation d'un anti-rétroviral.

Atmosphère faite de spontanéité, de rigueur et d'efficacité dans les débats. Quand une analyse ou une proposition d'un intervenant est approuvée, dans l'amphi il n'y a pas d'applaudissements, mais on claque des doigts. Si quelqu'un dans les gradins veut intervenir, il utilise une langue des signes comme l'y invite la notice remise au primo-participant (4) en début de séance.

La soirée se poursuit avec Manu, un des deux coprésident d'AUP, qui pose le problème du questionnaire en vigueur actuellement pour le don du

sang dans lequel les homos sont exclus a priori, alors que aujourd'hui 2/3 des contaminations sont hétérosexuelles et que 70 % des homos utilisent les capotes. Il s'agit pour Manu d'ouvrir le don du sang aux homosexuels sur la base d'un nouveau questionnaire qui prenne en compte seulement l'évaluation des pratiques à risques de la personne qui veut donner son sang, quelle que soit son orientation sexuelle, comme cela se fait déjà au Portugal. Après une dizaine d'interventions dans la salle sur ce sujet, Sabrina invite l'assemblée à voter pour ou contre une action sur ce thème : le oui l'emporte largement. D'autres points sont abordés, liés au fonctionnement interne de l'association. Il est 22 heures, Sabrina, maître des cérémonies de la soirée, clôt les débats.

La Réunion Hebdomadaire du mardi soir est non seulement un lieu où circule l'information, où les groupes de travail rendent compte de leurs travaux réguliers à l'ensemble des participants, mais est aussi une assemblée générale régulière qui décide des orientations ou de décisions publiques à prendre. Il arrive que dans cette RH, à l'occasion d'un vote, les membres d'AUP mettent en minorité le conseil d'administration sur la question soulevée. La RH du mardi soir est un bel exemple d'un dispositif concret de démocratie participative dans le domaine de la santé.

1. Les facilitateurs/trices qui organisent les débats et les votes sont élus régulièrement par les membres de la Réunion Hebdomadaire.

2. Cet ordre du jour est établi par le comité de coordination le vendredi précédent la Réunion Hebdomadaire ou par le conseil d'administration. Si un participant souhaite qu'un sujet fasse l'objet d'une discussion en RH, elle peut le proposer en début de réunion. La RH, par vote, décidera si elle veut que ce sujet soit traité.

3. Actions rapides, ponctuelles, non-violentes et spectaculaires pour mobiliser les médias.

4. Par exemple, si vous voulez intervenir sur une déclaration précise d'un autre intervenant, il faut lever la main en pointant l'index vers le sol ou encore si un terme utilisé par un intervenant vous est inconnu, il faut former un losange en joignant index et pouces.

Patrice Muller

Médecin généraliste

Les réunions hebdomadaires d'Act Up-Paris ont lieu tous les mardis à 19 h 30 (accueil des primo-participants à 19 h) à l'Ecole nationale supérieure des Beaux-Arts, 14, rue Bonaparte, Paris 6^e, métro Saint-Germain-des-Prés.

Act Up-Paris
B.P. 287
75525 Paris Cedex 11
Tél. : 01 49 29 44 75
Fax : 01 48 06 16 74
<http://www.actupparis.org>

Les Conseils de quartier

Yveline Frilay

Médecin généralistes

Les Conseils de quartier ont comme objectifs l'instauration d'un débat entre institutions et citoyens : des groupes de travail sont mis en place auxquels peuvent participer les habitants (1).

Leurs préoccupations tournent le plus souvent autour de la circulation, de la propreté, de la sécurité. Un jour de mars, j'ai reçu un courrier m'informant que le thème du Conseil de quartier du 4 avril 2006 était « la précarité ».

Un thème et un vœu inhabituels

Pas si étonnant que cela que des habitants du XVIII^e souhaite aborder ce thème, quand on s'intéresse à l'« historique du quartier », la commune de Montmartre, dont les citoyens défilent toujours le 1^{er} samedi d'octobre lors de la fête des vendanges, quand on sait que Montmartre, ou plutôt ce qui est au pied de sa butte Nord, reste un village, où on continue à se dire bonjour, à se parler, à se préoccuper de son voisin s'il est esseulé, où la persistance des commerces de proximité participe au lien social.

Quotidiennement, les habitants du XVIII^e sont confrontés avec les difficultés liées à la précarité, à l'augmentation des sans domicile fixe, en particulier des femmes et des enfants.

On note 11 000 demandes de logement sur le XVIII^e, en 2004 seulement 34 attributions de logements sociaux et 35 de logements intermédiaires, désormais 1/6^e des logements de la ville seront attribués aux agents.

Quant aux hébergements d'urgence de l'Île-de-France, 50 % sont situés à Paris : les hôtels sociaux, occupés essentiellement par les demandeurs d'asile, sont pris en charge par l'État. Le département de Paris, quant à lui, est intervenu

pour 850 familles (sinistrés, rupture familiale). 57 hôtels viennent d'être achetés par la ville de Paris pour garder leur vocation sociale et la ville veille aussi à leur rénovation et au contrôle de leur salubrité depuis les incendies de l'an 2004.

Des hôtels sociaux dans le quartier ont des ressentis divers : l'un rue Hermel, ouvert en 1999 par les Restos du Cœur, ne pose aucun problème au riverain, l'autre rue Hermel, le propriétaire délodge les personnes âgées, préfère loger les femmes africaines avec des enfants bénéficiaires de l'aide sociale, le loyer des nouveaux occupants étant toujours plus revalorisés.

Déjà en 2005, le Conseil de quartier s'était réuni autour du thème de la « solidarité » et avait invité *Médecins du monde*, et avait émis le vœu que les normes des « hôtels » dit sociaux soient revues et corrigées, et que ceux-ci soient en mesure d'offrir un hébergement dans des conditions respectueuses de la dignité humaine : hygiène accrue, droits de visite, possibilité de cuisiner, prix modiques, mais aussi que les constructions sociales rattrapent le pourcentage prévu par la loi, soit 20 % des constructions globales. Le même jour, la présidente de *Un toit pour tous à Clignancourt* présentera son association dont l'objectif est de reloger les personnes vivant dans des conditions insalubres, de permettre à des particuliers de pouvoir devenir locataires auprès de bailleur.

Parti de l'idée que dans les IX^e et XX^e arrondissements de Paris, des maisons relais on été mises en place (à l'initiative de la Mairie), qu'elles permettent de loger individuellement les populations démunies avec un accompagnement médico-psycho-social, le vœu émis par le Conseil de quar-

tier sera donc la construction d'une maison relais qui accueillera les personnes en grande difficulté sociale, pour y résider de façon durable (et non limitée dans le temps) ; elle s'adressera à des personnes qui, pour des raisons sociales, psychologiques ou médicales ne peuvent accéder à un logement ordinaire, des personnes à faible ressource en situation d'exclusion, avec des appartements privés (10 à 25), des espaces collectifs favorisant les relations quotidiennes entre résidents : jardin, salle de télévision, mais aussi une salle de réunion permettant un lien avec les habitants du quartier.

Ainsi ce Conseil de quartier Clignancourt-Jules Joffrin, où tous les habitants ou professionnels du quartier peuvent participer, ne se contente pas de s'emparer de préoccupations quotidiennes, mais s'est tourné vers les autres afin que nous vivions « mieux ensemble ».

Les personnes désireuses de participer à l'élaboration de ce projet seront invitées à laisser leurs coordonnées à la présidente de l'association *Un toit pour tous*. Un mois plus tard, nous nous réunissons en petit comité pour rédiger un avant-projet afin de le présenter devant le Conseil d'arrondissement.

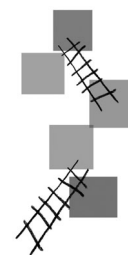
Cette maison relais souhaitée par les habitants du quartier sera autant la maison d'anciens SDF que celle des habitants du quartier, à travers une rencontre entre l'homme et l'animal. L'être humain désocialisé, en souffrance psychologique, choisira de s'occuper au sein d'un refuge d'un animal abandonné, ainsi il aura une fonction sociale ; cela permettra à l'animal en refuge d'être promené, divertit, éventuellement adopté par une personne en voie de resocialisation ; permettrait d'aider les refuges en mettant à leur disposition l'aide des résidents de la maison relais qui le voudront et, dans le quartier, la gestion des chats errants, aban-

donnés (en les attrapant pour les stériliser, les tatouer) et les aider à vivre dans de meilleures conditions ; proposer ses services aux habitants du quartier qui ne peuvent sortir leurs animaux, lorsqu'ils sont malades ou absents. Ainsi, des êtres humains en errance retrouveront non seulement un abri fixe, mais aussi une fonction dans ce quartier de Paris.

Le vœu a été accepté par le Conseil de quartier, et nous avons le terrain offert par la mairie, et dès septembre prochain, le comité de pilotage se réunira pour décider du concept architectural, de la taille des appartements ; ce qui est déjà décidé, c'est l'existence d'une salle de réunion qui sera ouverte aussi aux habitants du quartier, tout reste à faire... L'association *Emmaüs* devrait être contactée pour nous aider à l'élaboration du projet. Un suivi médical et social sera à concevoir.

Ce conseil de quartier reste exemplaire, tant par ses questionnements, que par son exemplarité de démocratie (chacun y prend la parole à son tour, sans heurt, chacun est respecté, si bien que d'autres membres de conseils d'autres quartiers viennent y « prendre la température »), tant aussi par ses habitants qui donnent fréquemment nourriture, vêtements aux plus démunis, se préoccupent de son voisin, donnent leur temps aux associations, font les commissions pour leurs voisins âgés ou malades.

(1) Les conseils de quartier ont été créés par la loi du 27.02.2002 relative à la démocratie de proximité (article L.2143-1 du Code général des collectivités territoriales). Ils sont obligatoires pour les communes de plus de 80 000 habitants, facultatifs pour les communes de 20 000 à 80 000 habitants. Ils se préoccupent des questions relevant de la politique de la ville, n'ont pas de pouvoir de décision, mais le maire peut le consulter pour des décisions relevant de la politique de la ville.



Paroles de malades andalous

Bernard Senet

Médecin généraliste

Mon cousin d'Avignon me demande toujours pourquoi je préfère rester attaché au centre de santé primaire de Cadix plutôt que de consulter les médecins privés. Je lui réponds que nos médecins sont débordés, ils n'assurent pas de gardes, ils sont souvent remplacés par des étudiants, c'est l'infirmier qui travaille avec eux qui nous suit si nous avons une maladie chronique, les consultations sont expédiées en cinq minutes, le centre est toujours plein, même aux consultations de fin de journée (*a la tarde* : entre 19 et 21 heures), mais j'y suis attaché, car c'est vraiment le lieu qui répond le plus vite et gratuitement. Les enfants sont vaccinés dans les temps, pas besoin d'être obligé de s'en souvenir, car l'infirmière vous le rappelle, la grand-mère, invalide à la maison, reçoit régulièrement la visite de l'infirmière qui juge si le médecin doit venir et, quand elle sort de l'hôpital, l'infirmier coordinateur assure la transmission des données. Mon généraliste m'adresse aux spécialistes quand il lui semble utile de le faire, d'ailleurs les spécialistes qui viennent au centre travaillent aussi à l'hôpital. Pour mes « bobos » cutanés, un infirmier spécialement formé enlève, sur rendez-vous, verrues, grains de beauté, et toutes ces petites gênes pour lesquelles mon cousin paye très cher un dermatologue sur Avignon.

Le centre est près de chez moi, je suis attaché à l'infirmière et au médecin qui forment une paire très efficace, mais j'ai le droit d'en changer quand je veux, j'obtiens des rendez-vous très rapidement, même si je dois y aller plusieurs fois, car le médecin ne peut pas tout faire dans une même consultation. Du temps de Franco, il fallait arriver très tôt pour passer, c'était sans rendez-vous et nous étions souvent une centaine à vouloir consulter le matin devant le dispensaire.

Les médecins et les infirmiers travaillent 35 heures, ils se forment, ils sont compétents. On a peur que les contraintes économiques les obligent à limiter les ordonnances, de médicaments surtout, mais on leur fait confiance pour les diagnostics, la preuve c'est que les femmes espagnoles ont une meilleure

espérance de vie que les françaises (...). C'est vrai que les médecins privés prennent plus de temps, mais cela coûtent plus chers et chez nous il n'y a pas de remboursement. La nuit et les fins de semaines, pour les urgences, il y a un numéro de téléphone et l'hôpital peut envoyer une équipe, comme un SAMU.

Mon dossier médical est sur l'ordinateur et tous les médecins d'Andalousie peuvent le consulter, je ne suis donc pas obligé de transporter tous mes documents et ordonnances quand je vais voir mes cousins dans la montagne.

Le gouvernement fait même des efforts pour que les délais se raccourcissent pour obtenir une intervention chirurgicale ou un examen un peu compliqué à l'hôpital, c'est même devenu un enjeu entre les élus.

Ils ont mis en place des examens systématiques après 65 ans. Déjà que les retraités ne paient pas les médicaments... ni les couches quand ils deviennent incontinents. Ils paient même les consultations privées quand le service public ne peut pas donner des rendez-vous imposés dans les délais de six à huit semaines.

Pour les jeunes c'est moins bien, la pilule est moins bien remboursée que chez vous et l'IVG ne peut être pratiquée, sauf dans des circonstances exceptionnelles de viols ou d'inceste, mais tout le monde peut y avoir accès dans le privé ; c'est bien le problème de la récupération de certains actes qui rapportent gros, mais cela c'est pareil en France. Comme la FIV ou les prothèses dentaires.

Finalement, on aime bien notre centre de santé, comme on aime bien l'école. C'est comme sur la place publique, on y retrouve les amis, on discute entre nous. C'est vrai que c'est moins feutré et moins discret que vos cabinets français, mais vraiment plus convivial.

Faisons un rêve...

Faisons un rêve... Imaginons que le nouveau pouvoir politique de 2007 en France réforme le système de soins à la manière hispano-andalouse... Ce texte s'inspire du système de soins découvert à Cadix (Andalousie) lors des Journées de Printemps du Syndicat de la Médecine Générale à la fin du mois d'avril 2006.

Un exemple : la ville de Rezé, près de Nantes, 37 000 habitants.

Tableau de la situation actuelle.

– Dans le secteur libéral : 29 médecins généralistes, 2 allergologues, 2 angéologues, 3 cardiologues, 1 stomatologue, 4 dermatologues, 1 échographiste, 2 radiologues, 4 gynécologues, 1 médecin de médecine physique, 4 ophtalmologues, 2 ORL, 1 pédiatre, 4 psychiatres, 1 rhumatologue ; 18 infirmières ; 21 kinésithérapeutes ; 7 orthophonistes ; 1 orthoptiste. Dentistes : 30 + 1 cabinet dentaire mutualiste. Il y a aussi 2 maisons de retraite privées.

– Dans le secteur public : 2 Centres médico-psychologiques : un associatif (OCHS) avec psychomotricité, psychologues, alcoologie, sevrage tabac ; un dépendant du secteur psychiatrique avec infirmières, assistante sociale, psychologue et psychiatres. 1 Centre municipal assurant les vaccinations, les examens des sportifs et la prévention. 1 Centre municipal de maintien à domicile des personnes âgées. 3 Centres médicaux sociaux avec permanences d'assistante sociale et consultations des nourrissons (PMI). La médecine scolaire. 1 Centre de médecine du travail (association interprofessionnelle d'employeurs). 1 Centre de Sécurité sociale dépendant de la CPAM de Nantes. 3 Maisons de retraite municipales.

« Soyons réalistes, demandons l'impossible ».

Soit la création de trois centres de santé en soins primaires et communautaires et d'un centre de soins spécialisés (2^e ligne).

Il y a 8 quartiers : chaque centre de soins primaires et communautaires :

- Couvre une aire géographique délimitée correspondant à deux ou trois quartiers.
- Intègre les professionnels existants en priorité : salariés, 35 heures y compris la coordination, la prévention et la formation (ça ne vous rappelle pas les « unités sanitaires de base »?). Les renouvellements et les embauches seront faits en fonction des besoins et des objectifs sanitaires.
- Est géré par un conseil d'administration où financeurs (la Sécu?), usagers et professionnels sont représentés.
- Doit répondre à des objectifs sanitaires adaptés à la population desservie, ce qui suppose une épidémiologie permettant d'affiner les besoins et de définir les moyens d'y répondre.
- La permanence des soins est organisée.

Le centre spécialisé regroupe les spécialistes actuels qui jouent le rôle de consultants pour les personnes adressées par les centres de soins primaires. Une évolution des spécialités est envisagée en fonction des besoins.

En revenant d'Andalousie et en écrivant ce texte, j'avais l'impression de revenir trente ans en arrière, quand nous rêvions des Unités Sanitaires de Base (1). Aujourd'hui, ce qui paraissait à beaucoup il y a trente ans comme une utopie, peut se réaliser ; beaucoup de jeunes médecins seraient partants pour une telle expérience.

1. Dans les années 80 avaient été créées sous l'impulsion de membres du Syndicat de la Médecine Générale dans la région de Saint-Nazaire plusieurs Unités Sanitaires de Base, transformation de plusieurs cabinets médicaux libéraux pour constituer de petites équipes pluridisciplinaires regroupant médecins généralistes, infirmières, d'autres professions paramédicales et des travailleurs sociaux. Les membres de ces petites équipes disséminées dans la ville étaient salariés pour des fonctions incluant le soin, mais aussi des actions de santé et d'évaluation des pratiques.

Bernard Meslé

Médecin généraliste

Un enjeu géopolitique majeur : le niveau local

Patrice Muller

Médecin généraliste

« Il s'agit en effet d'avoir du présent une perception épaisse, longue, qui permette de repérer où sont les lignes de fragilité, où sont les points forts, à quoi sont rattachés les pouvoirs [...], où ils sont implantés. Autrement dit, faire un relevé topographique et géologique de la bataille » M. Foucault (1).

Sur les traces de Michel Foucault, Franco Basaglia (2) a compris que la cible cruciale pour le renouveau nécessaire des pratiques psychiatriques en Italie, au lendemain de la deuxième guerre mondiale, passait par la nécessité de fermer l'asile, cet espace de relégation et d'enfermement, pathogène sui generis, qui chronicisait la folie derrière les murs. C'est de ce mouvement de fermeture de l'hôpital psychiatrique qu'est né un vide créateur de nouveaux comportements « en situation » de la part des trois principaux acteurs concernés : le soignant, le malade et l'administratif.

Par analogie, on peut dire qu'aujourd'hui en France, le territoire local devient l'enjeu politique de tous les espoirs et de tous les dangers pour l'évolution de notre médecine. Espoirs pour ceux qui, comme nous, prônent le passage d'une médecine partant du soin pour intégrer le paradigme de la santé. Dangers présentés par ceux qui considèrent le territoire local comme une simple cible d'un pouvoir politique et administratif « haut placé »; nos adversaires ont mis leurs bastions au niveau de la Région avec l'ARH (3) et l'URCAM (4) sous tutelle étroite de l'Etat pour un quadrillage bio-médical de la population au sens dénoncé par Michel Foucault.

Il s'agit pour nous au contraire de dégager la question centrale d'une responsabilisation des soignants et des patients sur leur propre territoire. Cette responsabilisation nécessite une reconnaissance des enjeux locaux et des politiques de proximité. Elle passe par :

– La mise en place d'une démocratie locale participative en santé : pouvoir lancer les alertes, repérer

les causes pathogènes en amont de la maladie, former les acteurs de terrain sur les actions liées à l'environnement ou aux activités quotidiennes en fonction du lieu de vie.

– Favoriser les réseaux de santé de proximité permettant la continuité des soins, et la création d'agences locales de santé, en relation avec une agence nationale de prévention des risques.

– Créer des conférences citoyennes, favorisant le débat contradictoire, la transparence des décisions collectives, mais aussi la recherche fondamentale en santé environnementale et en matière de santé au travail.

Pour ce faire, il apparaît essentiel d'institutionnaliser le débat au niveau local. Se pose alors la question : quels lieux de débats à créer, dans quels espaces ? Dans le quartier de la ville ou dans le canton, où mettre les tables et les chaises pour discuter, réfléchir, débattre ensemble, soignants, habitants et administrateurs ? Deux espaces potentiels existent déjà répartis sur tout le territoire : les Caisses primaires de l'Assurance maladie et les conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Sous condition d'une redéfinition de leurs fonctions pour les premières et d'une suppression de l'institution pour les seconds, ces deux lieux peuvent facilement, sans frais supplémentaires pour la collectivité, être réhabilités par cette démocratie participative locale indispensable (5) pour « notre » changement.

1. M. Foucault, « Pouvoir et corps », paru pour la première fois dans *Quel corps ?*, n°2, sept-oct.1975, p.2-5 repris dans Foucault M. 2001, *Dits et écrits 1954-1988*, Paris, Gallimard Quattro, vol. I, p.1627.

2. Cf. article page 21 dans ce numéro.

3. Agence Régionale de l'Hospitalisation

4. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

5. Cf. pour des développements sur cette question le n° 17, avril 2002, de la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* « Des remèdes pour la Sécu », pages 50-52.

E D I T O

Chaque jour davantage, le système de distribution des soins s'enfoncé dans la crise. L'appel sauvage aux dépassements d'honoraires, les primes d'assurances responsabilité civile des médecins payées par les cotisations sociales, l'ineptie du parcours des soins primaires qui mécontente tout le monde, tout ceci montre qu'au-delà du discours de propagande du satisfecit du ministre de la Santé, c'est tout le système de soin, de l'hôpital aux soins de ville qui vacille. Les professionnels qui font encore face s'épuisent et se découragent. C'est donc au plus fort de la tempête que nous allons entendre le chant des sirènes politiques de toutes origines nous promettre les réformes les plus efficaces pour rendre l'exercice de nos métiers harmonieux, pertinents, efficaces, et pourquoi pas plaisants. Que nenni, ce n'est pas à un vieux singe que l'on apprend à faire la grimace.

Des solutions aux problèmes existent, elles vivent dans les multiples expériences d'alternatives (souvent décrites dans la revue *Pratiques*) qui démontrent qu'un autre système de soins est possible. Le programme politique qui peut plaire aux soignants, c'est celui qui, à partir de ces alternatives, propose aux acteurs du soin un projet valorisant et concrétisant les transformations qui répondent aux besoins de la population. Et sûrement pas un programme politique fait pour satisfaire un quelconque groupe de pression.

Il est donc temps que les acteurs des différents champs du soin se rassemblent pour façonner le projet des soignants. De l'hôpital à la ville, chaque soignant qui veut adapter sa pratique professionnelle aux réalités rencontrées dans l'exercice de son métier a sa place dans cette élaboration. Au Syndicat de la Médecine Générale, nous avons écrit la première mouture de ce que pourrait être un tel projet. Il faut maintenant, avec les acteurs de l'hôpital, de la psychiatrie et tous les autres enrichir, modifier, rassembler les idées, bref construire ensemble un projet pour la création du système de santé qui nous fait cruellement défaut. N'attendons pas des autres qu'ils le fassent à notre place.

Pour faire vivre cette ambition, nous avons besoin de communiquer, de débattre, de confronter nos analyses : nous avons besoin que notre revue puisse vivre. Les temps sont difficiles. Les subventions obtenues auprès du Fopim, du Centre national du livre, ne sont pas renouvelées ; quand les idées dérangent, la sanction n'est pas loin. Pour continuer à exister, donc pour défendre la revue *Pratiques*, nous avons décidé de mobiliser tous nos amis qui la soutiennent et la défendent. Cette mobilisation a pour objectif, en ces temps difficiles, d'aider notre comité de rédaction à poursuivre son utopie, celle de construire le passage du soin à la santé. Faire passer à notre revue le goulot financier actuel, améliorer sa forme et son contenu, augmenter sa diffusion, tels sont les chantiers que nous lançons et pour lesquels nous aurons besoin du soutien de tous nos lecteurs dans les mois à venir.

Jacques Richaud

Praticien hospitalier

Au soir du 30 juin 2006, veille des vacances de notre « école républicaine », plus de vingt mille enfants seront en sursis... Expulsables donc Kheira, Omar, Diego et des milliers d'autres. Expulsables sans attendre d'avoir l'âge « *d'aimer ou pas* » le pays qui les rejette, leur pays d'accueil et souvent de naissance, le seul qu'ils connaissent généralement.

Ils sont de trop, fils et filles de cette « *racaille* » ethnique qui menacerait notre république et qu'il faut chasser « *en emportant aussi les petits* »... Du Karcher au charter sans état d'âme. Pour tenter d'étouffer l'indignation montante provenant même des églises et d'une frange du parti majoritaire au pouvoir, sont consentis aux préfets chargés de mettre en œuvre les directives immondes des « *quotas* » de bienveillance, quelques centaines, comme un rideau de fumée qui devrait masquer l'exil imposé au plus grand nombre.

Les conséquences matérielles tragiques des expulsions qui seront prononcées sont évidentes à tous. Mais, dans la tête et le cœur de ces enfants, que peut-il se passer? Pour le moins ce que dans « *circonfession* » Jacques Derrida avait décrit à propos de lui-même et pour l'avoir vécu : il décrivait

son sort d'enfant « *le petit juif chassé du Lycée Ben Aknoun* » d'Alger, en application de l'abrogation en octobre

Au revoir les enfants... ?

1940, par le régime de Vichy, du décret Crémieux qui avait accordé depuis 1870 la nationalité française à tous les juifs d'Algérie... Jacques Derrida parle de ce « *trouble de l'identité* » comme d'une « *ablation de la citoyenneté* », souffrance terrible d'être désormais vu comme un étranger sur sa terre de naissance. Même si l'exclusion ne dura que deux ans, il conserva la blessure « *d'être français sans l'être* » et de penser longtemps « *Oui, je n'ai qu'une langue, or ce n'est pas la mienne* »...

Le renouvellement du même crime devrait relever d'une haute cour qui ne sera jamais saisie, tant est déjà violente l'emprise de l'homme et de ses idées sur nos institutions. C'est au peuple tout entier de se lever pour protéger aujourd'hui ces milliers d'enfants et demain pour anéantir les prétentions de celui que de telles décisions devraient invalider durablement pour l'accession à la plus haute fonction de notre pays.

Nous vivons en cette année 2006, et pour de vrai, le retour d'un cauchemar qui était sorti de notre histoire depuis l'abrogation en 1945 des lois raciales de Vichy. Un ministre aux ambitions annoncées confond, dans sa volonté et son programme, les fonctions exécutives, législatives et judiciaires. Il tente d'établir, de fait, le droit du sang en lieu et place du droit du sol qui fondait l'image universelle de la patrie des Droits de l'Homme ; cela mérite réflexion. Le même prétendant « *teste* » aussi la capacité de résistance ou de consentement de tout notre peuple à l'établissement de l'arbitraire et de la xénophobie institutionnalisée. Les populations désignées « *dangereuses* » sont l'instrument d'une machiavélique entreprise de légitimation d'un pouvoir autoritaire. Un homme sans mémoire ni conscience nous propose l'adhésion à une « *France d'après* » qui fait appel aux plus basses pulsions présentes chez tous les peuples, dont il serait dangereux de nier l'existence ou sous estimer l'importance. La vieille méthode du « *bouc émissaire* » a déjà trompé, mystifié d'autres nations démocratiques sur fond de misère sociale et d'insécurité entretenue et instrumentalisée. Il est attendu que nous renoncions à une part de nos libertés pour un ordre sécuritaire conquis à la hussarde

par le mensonge et l'arbitraire. Si nous nous rendons aujourd'hui complices d'expulsions programmées, nous signons déjà l'aliénation des libertés publiques applicables à tous.

La « bête immonde », celle de Bertolt Brecht est prête à se réveiller bientôt dans la « France

d'après », si nous renoncions aux valeurs de nos résistances antérieures. Il n'est qu'un seul peuple sur notre sol, riche de sa diversité et méritant la garantie de droits civiques applicables à tous ses résidents. Pour qu'un autre monde solidaire soit possible, nous ne redirons jamais « Au revoir les enfants... ».

Dates à retenir sur vos agendas :

✓ Les huitièmes rencontres de pharmacologie sociale de Toulouse

auront lieu le mercredi 22 novembre 2006 à 19 heures, autour du thème « Mondialisation et Innovation Thérapeutique » avec Joan Ramon Laporte (service de Pharmacologie Clinique - Université Autonome de Barcelone).

Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Toulouse - 37 allées Jules-Guesde
crpv.toulouse@cict.fr - Tél : 05 61 25 51 12 - Fax : 05 61 25 51 16

✓ Congrès du SMG les 8, 9 et 10 décembre prochains à Malakoff (92)

« Construire à plusieurs une plate-forme de propositions pour rebâtir notre système de soins. »

Le Syndicat de la Médecine Générale travaille à un projet de propositions alternatives en matière de soins et de santé à l'horizon 2007. Cette écriture se fait à partir de notre expérience de médecins généralistes.

Notre but est que ce projet soit débattu avec un cercle de plus en plus large : syndicats et associations de soignants et de citoyens pour qu'ils apportent leurs critiques et l'enrichissent. Nous souhaiterions aboutir à un projet alternatif de système de santé porté par le plus large rassemblement possible en vue des échéances électorales importantes de 2007.

Le congrès sera un temps important pour présenter, discuter et enrichir ces propositions. Nous utiliserons les outils du théâtre qui nous ont montrés combien ils étaient riches pour sortir de la langue de bois.

Dans la convivialité habituelle de nos rencontres, ce sera aussi l'occasion de parler de notre revue *Pratiques*, de son avenir, de son développement et de ses choix éditoriaux.

Syndicat de la médecine Générale - 52 rue Gallieni - 92240 Malakoff

Tél. : 01 46 57 85 85 - Fax : 01 46 57 08 60

e-mail : syndmedgen@free.fr - site : www.smg-pratiques.info

Résumé : Devant l'urgence que constituent la proximité des élections 2007 et l'importance des choix de société à venir, la revue *Pratiques* donne la parole aujourd'hui au Syndicat de la Médecine Générale qui nous propose un document à débattre avec les acteurs du soin et les usagers.

Syndicat de la
Médecine Générale

Introduction : du soin à la santé

Le système de distribution des soins en France est dans une crise profonde, complexe et ancienne. Les tentatives des différents gouvernements pour diminuer les dépenses de soins sont inefficaces et productrices d'inégalités de santé. La « réforme » de l'Assurance maladie d'août 2004 vise à augmenter le financement des dépenses publiques de santé par le secteur des assurances privées, détruisant ainsi le système d'assurance solidaire. Chaque corps de métier s'enfoncé dans la crise, l'hôpital est l'objet de restructurations qui génèrent plus de problèmes qu'elles n'en résolvent, la médecine libérale se heurte à une réforme qui complexifie l'exercice professionnel et change la nature du métier de soignant tout en restreignant l'accès aux soins.

Nous sommes donc amenés à reposer la question du modèle de pensée qui confond le soin et la santé et, en imposant le tout médical, ne parvient pas à faire face aux défis de la société : bouleversements démographiques avec le vieillissement de la population, économiques avec la dérégulation des échanges internationaux qui aggrave la crise, sociaux avec un accroissement des inégalités de toutes sortes, technologiques également.

Confrontés à cette situation, les différents acteurs du système de distribution des soins, et les citoyens usagers du système, ont besoin de produire une pensée globale, cohérente, et porteuse de valeurs qui

permettent de trouver des solutions satisfaisantes pour répondre aux problèmes de santé exprimés par la population. Ces problèmes sont le plus souvent complexes, incluant des problèmes sociaux, environnementaux et psychologiques que les soignants ne peuvent résoudre en restant isolés.

Pour un projet alternatif du système de santé

Après le diagnostic de la crise, il faut oser innover. Pendant que des commissions produisent des rapports destinés aux armoires du

ministère de la Santé, des acteurs professionnels de terrain, des usagers, inventent de nouveaux savoir-faire, de nouveaux concepts, de nouvelles pratiques. Par leurs réflexions et leurs expérimentations, ils montrent que l'on peut :

- passer du soin à la santé,
- passer de la gestion du risque maladie à la gestion du risque pour la santé,
- prendre en compte l'impact des facteurs environnementaux, de la pathologie au travail, de l'exclusion sociale dans la genèse des maladies et ainsi chercher des moyens d'intervenir en amont de la maladie,
- mettre en place un système de santé au service des populations, qui soit un service public, défendant les valeurs de solidarité et non de concurrence individuelle.

L'accès aux soins pour tous est une priorité, la lutte contre les inégalités fait partie du projet de santé et les transformations de l'exercice professionnel en sont les moyens.

Le SMG propose ce document pour débattre, avec tous ceux qui, acteurs du soin et usagers, se sentent concernés par la construction d'un système de santé inscrit dans un mouvement de progrès social.

Ce document de travail comprend deux grands chapitres :

- *Les métiers du soin : nous n'avons pu être propositionnels qu'au niveau du métier de généraliste, celui de la majorité d'entre nous ; les chapitres sur les exercices des autres professionnels du soin sont à écrire.*
- *L'organisation du système de santé où le chapitre plus spécifique sur l'hôpital reste à écrire.*

I- Les métiers du soin

A. Les exercices professionnels

1. L'exercice professionnel du médecin généraliste

a. Contenu de l'exercice professionnel

L'exercice actuel du médecin généraliste et de beaucoup de professionnels du soin, est structuré autour de « l'acte », y font exception l'option « médecin référent » et les réseaux de soins et de santé qui reconnaissent les activités de coordination des soins, de prévention et de formation :

Nous revendiquons :

- **de pouvoir pratiquer un exercice qui ne soit pas uniquement curatif :**

Les actions de prévention et d'éducation à la santé qui s'adressent à la collectivité doivent être définies, en fonction des réalités de santé locales, entre l'Assurance maladie et les professionnels. Pour cela, le professionnel bénéficiera d'un temps et d'une rémunération spécifique.

- **et à terme, pour ceux qui en feront le choix, une autre structuration de l'activité :**

Un travail en équipe de soignants sera organisé dans des « maisons de santé de proximité » qui regroupent en un même lieu différentes catégories de soignants ou dans une « équipe de santé de proximité » si les soignants exercent dans des lieux différents.

Une partie du temps médical sera consacrée :

- à une appréhension de la relation soignant-soigné prenant en compte le patient dans sa globalité,
- à établir la continuité des soins, avec permanence des soins et repos compensateur,
- au travail en lien avec d'autres soignants, acteurs sociaux et administration de l'Assurance santé,
- à un travail épidémiologique de repérage local des problématiques de santé,
- à la formation par le travail en équipe, et la mobilité professionnelle,
- à une formation indépendante, en particulier vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique,
- à la participation à la formation initiale et à la recherche en médecine générale.

b. Conditions de travail du médecin généraliste

Les horaires de travail doivent être ceux définis par le Code du travail (35 heures à 39 heures sans dépasser 12 heures d'affilée). En cas de travail nocturne, un repos compensateur est nécessaire. L'application de ces conditions de travail rend nécessaire un aménagement du territoire pour assurer à la fois la qualité de vie des professionnels et l'indispensable continuité et permanence des soins.

c. Modes de rémunération du médecin généraliste

- En fonction du temps de travail, et globalisée : le métier de soignant doit avoir une rémunération définie, tenant compte du temps de travail, avec des seuils interdisant des durées de travail excessif. Une base de rémunération pourrait être celle du personnel hospitalier, en organisant ce travail pour prendre en compte la permanence des soins, ainsi que les temps d'échange en groupe et en réseau. L'éventail des revenus de l'ensemble des soignants sera resserré, limitant les disparités. Cela sous-entend un aménagement du territoire : les besoins en personnel seront définis par quartier, commune, canton, département,

région... Le paiement à l'acte deviendrait un mode de rémunération marginal.

D'autre part, les rémunérations des soignants doivent être indépendantes des dépenses induites par la prescription, et financées par des lignes budgétaires différentes.

- Formes intermédiaires de revenus : les revenus des soignants travaillant en ambulatoire évolueront du paiement à l'acte à une rémunération salariale, sur une base de volontariat.

Les modalités proposées seraient :

- **le salariat**, avec un revenu défini en fonction de la durée de travail hebdomadaire, sur les bases de la législation française du droit du travail;
- **la capitation modulée**, calquée sur la rémunération des médecins référents, qui a fait ses preuves ;
- **le forfait de soins ou salariat à temps partiel** pour ceux restant payés à l'acte (transitoirement) ou à la capitation, pour des activités complémentaires à l'hôpital ou dans des réseaux.

Ces différents types de rémunération prennent en compte la formation continue sur le temps de travail, et permettent de mettre au point des objectifs de santé publique définis localement. Ils comprennent les activités associatives, syndicales et d'enseignement.

B. Protection sociale des soignants

En cas de salariat, le régime de protection sociale est celui de l'ensemble des salariés, tant au niveau de la protection sociale que de la retraite, tel qu'il est prévu dans la législation du travail en France.

En cas de pratique libérale (capitation ou semi-salariat), une amélioration de la situation des soignants institue le maintien des ressources solidaires :

- prise en compte des indemnités journalières comme pour les salariés par le régime obligatoire, sans recours aux assurances privées ;
- congés maternité et parentaux comme pour les salariés ;

– système de retraite par répartition, solidaire.

C. Formation continue et initiale, recherche

Les métiers du soin exigent une constante adaptation aux mouvements et au brassage des cultures, aux avancées des connaissances et des techniques médicales, ainsi qu'aux perturbations de la santé privée et publique induites par les conditions de vie et de travail de la population. Ils ne peuvent donc se limiter aux aspects strictement médicaux, mais doivent se nourrir des connaissances des sciences humaines sans lesquelles une grande partie du problème leur échapperait. Les soignants se doivent à eux-mêmes, ainsi qu'à la population qui leur fait confiance, de se tenir informés en toute indépendance par tous les moyens à leur portée. La formation doit être dégagée de tout objectif autre que la connaissance des problèmes et des moyens d'y faire face dans l'intérêt des patients. Elle doit donc être libre de tout lien avec les firmes pharmaceutiques.

La formation continue

La formation continue, c'est-à-dire actualisée en permanence, ainsi que la recherche, doivent permettre les échanges entre professionnels, médecins généralistes et spécialistes exerçant en ambulatoire et à l'hôpital, paramédicaux et intervenants sociaux. Les réseaux existants sont une base intéressante pour les pratiques, puis leur évolution, car ils peuvent mettre en synergie les différents moyens et regards professionnels sur un problème. Ces pratiques seront confrontées aux observations et analyses des citoyens, c'est ainsi que se bâtiront des projets adaptés aux réalités de terrain qui permettent de conduire une véritable politique de santé, et pas seulement une politique de dépenses liées aux maladies.

La création de passerelles entre les professions de santé passe par une reconnaissance de l'expérience et sa validation par des modules diplômants. Pour encourager les professionnels à se former, les modules validés seraient sanctionnés par des indices salariaux supplémentaires.

Des possibilités d'échanges de postes entre le secteur ambulatoire et l'hôpital (l'extérieur et l'institution) permettraient de déplacer le regard et de rendre la communication pertinente et égalitaire.

La formation continue est un moyen d'aider les soignants à ne pas s'épuiser, elle leur permet de respirer et d'échanger sur leur ressenti afin de mieux élaborer leurs stratégies de résistance à la fréquentation permanente des difficultés des populations qu'ils aident.

La formation continue doit être assurée, comme les autres dépenses de santé, sur les fonds de l'Assurance santé solidaire, garant de la validité et de l'indépendance des savoirs.

La formation initiale

La formation initiale et continue de professionnels de la santé doit répondre de manière efficace aux besoins de santé de la population. Pour cela, les formations ne doivent plus être seulement basées sur les connaissances scientifiques, mais transmettre aux praticiens les outils pour aider les citoyens à devenir acteurs de leur santé. Elles doivent se faire dans tous les lieux où se mènent la réflexion, le débat et l'action au niveau de la santé

Les différentes professions de santé pourraient avoir une première année d'études commune, au cours de laquelle les étudiants effectueront des stages auprès de professionnels de terrain leur permettant de construire un projet professionnel. Avant d'aborder les pathologies, on développera les questions humaines fondamentales, comme les notions autour des phénomènes physiologiques (la grossesse, la sexualité, les différents âges de la vie, la mort), la question de la santé comme enjeu collectif ou individuel et les risques liés à l'environnement et aux conditions de travail et sociales.

Les étudiants définiront avec les enseignants et les praticiens maîtres de stage les objectifs de leur enseignement, avec les acquisitions à obtenir et les gestes à apprendre, ainsi que les lieux où les

apprendre. L'enseignement par problématique tel qu'il est enseigné au Québec sera privilégié : il permet de donner en plus de la connaissance livresque l'aptitude au raisonnement médical enrichi du savoir-faire avec la complexité de la personne malade.

D. Le médicament

Le médicament est une réponse thérapeutique ou préventive parmi d'autres.

La politique du médicament doit être indépendante de l'industrie pharmaceutique et au service de la santé publique, contrôlée par des agences du médicament financées uniquement par les pouvoirs publics : Etat ou Union européenne.

Notre pays doit s'engager dans la mobilisation internationale pour que les pays qui n'ont pas les moyens de financer une politique de santé solidaire bénéficient de dérogations à la législation sur les brevets pour pouvoir produire ou importer des médicaments génériques.

Tout dossier de demande d'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) doit comporter des études comparatives en terme de valeur thérapeutique ajoutée par rapport aux médicaments déjà existant et ayant prouvé leur efficacité. Les médicaments doivent être commercialisés sous leur Dénomination Commune Internationale (DCI), et non sous leur nom de marque.

La publicité sur les médicaments doit être interdite.

La visite médicale de l'industrie pharmaceutique doit être supprimée, remplacée par la promotion des revues indépendantes et associatives et des stages de formation continue indépendante sur la thérapeutique.

Pour les pharmaciens volontaires, la part de l'activité passée en conseil et activités de prévention, d'aide et de contrôle des prescriptions en matière de médicaments et d'accessoires médicaux

auprès des médecins et des usagers doit être rémunérée, sur la base de demi-journée(s) salariée(s) pour ce travail, ainsi que leur formation et la participation aux activités des réseaux de santé.

La pharmacovigilance doit être développée et ouverte aux usagers, avec possibilité de déclarer directement les effets secondaires néfastes des médicaments, et la publication régulière des résultats de ces constatations.

Les patients (volontaires non rémunérés) participant à des essais cliniques seront organisés en associations pour contrôler les protocoles et la transparence des résultats et de l'information.

Chaque comité local pour la santé aura une « commission médicaments » composée d'habitants, de médecins et de pharmaciens, qui s'occupera de déclarer les effets indésirables des médicaments décelés par les usagers ou les professionnels.

E. L'informatisation

Nous avons besoin d'un véritable « Dossier de Santé Partagé ». Il doit être la propriété de la personne. Il doit être le support de nouvelles pratiques coopératives de mise en commun des compétences sans hiérarchie et dans une approche qui articule les dimensions médicales et sociales du soin. Il doit améliorer la relation soignant/soigné, donner de la visibilité aux conditions de vie des personnes, notamment par la notification de l'ensemble des risques (en particulier professionnels) auxquels elles sont exposées. Et ainsi donner de la crédibilité à la démarche collective du soin.

Un outil à mettre en œuvre en respectant la confidentialité

L'informatisation des données médicales est complexe.

En 2006, le niveau d'informatisation dans les cabinets médicaux et dans les autres structures de soin est extrêmement hétérogène.

Les soignants ont besoin d'outils informatiques qui prennent en compte cet existant et qui puissent leur permettre d'améliorer la qualité des échanges médicaux, en fonction des nécessités concrètes de prise en charge de chacun de leur patient.

C'est d'une architecture informatique décentralisée, horizontale, dont ils ont besoin, leur permettant d'échanger de façon circonstanciée, avec la confidentialité, la sécurité requises et l'accord du patient, les données médicales pour la problématique de soin ou de santé à résoudre par le soignant consulté (ce que nous faisons déjà avec les supports papier ou le téléphone) ou de participer de façon prospective à des études épidémiologiques anonymisées.

Un tel déploiement de l'informatique nécessite l'abandon du caractère obligatoire des saisies informatiques, la mise en place d'outils informatiques standardisés, agréés et développés par les autorités publiques permettant cet échange horizontal entre les soignants au moment du soin de la personne.

Chaque professionnel du soin ou chaque structure de soin sera responsable de l'hébergement informatique des données médicales qu'il ou elle a constituées, avec les garanties de confidentialité et de sécurité exigées par la loi.

C'est seulement dans la situation d'un soin que ces données médicales pourront être rassemblées avec l'accord du patient.

II. L'organisation du système de soins et de santé

A. L'accès aux soins et à la santé

La santé est définie par l'OMS comme un bien-être physique, moral et social. Ce n'est pas une marchandise, mais un droit humain. Elle ne doit pas être source de profit, n'a pas de prix mais un coût nécessitant d'équilibrer recettes et dépenses, ce qui implique des

choix politiques. Ce droit à la santé est le principe des ordonnances de 1945 inspirées par le conseil national de la résistance : la collectivité est responsable du bien-être de ses membres. Le principe du système de la Sécurité sociale solidaire est la généralisation de l'expérience mutualiste : chacun cotise selon ses moyens et se soigne selon ses besoins.

Pour garantir l'accès aux soins, la gratuité est une condition nécessaire, mais pas suffisante. Il faut aussi des équipements de santé adaptés aux réalités locales et prenant en charge les différents aspects de la santé.

L'Assurance santé unique sera alimentée par les cotisations prélevées sur les salaires, les revenus non salariés et les profits des entreprises, elle doit assurer chaque personne résidant sur le territoire, la Couverture Santé Universelle étant acquise par la simple résidence sur le territoire (sans condition de ressource ou de cotisations ou de statut de résidence). Elle doit prendre en charge à 100 %, avec tiers payant systématique, tous les frais médicaux nécessaires, dont les soins d'optique et dentaires, la nutrition et les dispositifs et accessoires médicaux, les transports ; ce qui suppose la suppression de tous les dépassements tarifaires et d'honoraires, en libéral comme à l'hôpital.

L'aménagement du territoire dans le domaine de la santé doit organiser une couverture de toutes les régions en nombre de soignants proportionnel au nombre d'habitants, et la création de maisons de santé de proximité dans tous les cantons ou quartiers, avec transports gratuits pour les personnes ayant besoin de s'y rendre pour raison de santé.

L'accès aux hôpitaux de proximité doit être facilité et les relations entre professionnels de l'hôpital et de l'extérieur renforcées par le travail en réseau et les échanges professionnels.

La prise en charge des problèmes psychiatriques et psychologiques sera organisée localement avec différents dispositifs d'alternative à l'hospitalisa-

tion (visites de professionnels à domicile, éducateurs de santé mentale, hôpitaux de jour et de nuit, accompagnateurs de vie...).

Le secret médical doit être respecté par l'absence de transmission des informations médicales et personnelles aux employeurs, aux contrôleurs, aux assureurs ou banquiers.

B. Passer du soin à la santé

Le système de santé doit être organisé autour de la prévention citoyenne, avec une approche médico-psycho-sociale. La priorité est donnée aux soins primaires (dispensation, organisation et financement). Les savoirs populaires sont valorisés et promus. L'éducation à la santé permet l'accompagnement des personnes dans le but de « ne pas nuire », en évitant la stigmatisation des comportements, le contrôle, la surveillance, la standardisation de l'individu

1. Identification des risques environnementaux et du travail sur la santé

Un système d'identification et de lutte précoce contre les facteurs pathogènes liés au travail et à l'environnement est mis en place. La désinformation surestimant les facteurs génétiques à l'origine des maladies au détriment des facteurs pathologiques de l'environnement et du travail est combattue et inversée. Les populations les plus exposées aux travaux pénibles et fragilisées (travailleurs migrants...) font l'objet d'une vigilance particulière avec un accès aux soins et à l'information facilité.

Un réseau local et régional de veille sanitaire organise l'alerte et le recueil épidémiologique des données de santé concernant la population vivant et travaillant dans le bassin de vie : suivi des parcours professionnels, déclaration obligatoire des accidents du travail et des cancers, registres territorialisés des pathologies avec suivi dans le temps, banques de données, recueils de mémoire cumulative, individuelle et collective.

Chaque professionnel de santé doit pouvoir connaître les indicateurs de santé locaux, témoigner sur les inégalités sociales de santé et consacrer du temps à la recherche.

2. Agences de santé et développement d'une recherche de terrain

Des Agences locales de santé pluralistes et indépendantes sont mises en place localement. Une Agence nationale de prévention des risques de cancers évitables est créée, avec des missions éducatives et d'élimination des risques.

La recherche fondamentale en santé environnementale et au travail (toxicologie, épidémiologie) est développée sur le terrain. Le nombre de médecins du travail, ergonomes, inspecteurs du travail, acteurs médico-sociaux à l'école, professionnels de santé mentale et des sciences humaines est multiplié. De nouveaux métiers sont créés : cartographe du travail pour la description des postes, coordinateurs médico-sociaux, accompagnateurs de santé au travail...

Les Agences de santé exercent un contrôle sur les risques industriels et promeuvent des projets européens de suppression des produits dangereux pour la santé, avec décision d'exclusion au moindre soupçon (aliments sucrés facteurs d'obésité, OGM, pesticides). Elles sont à l'origine de mesures et de décisions pour la modification de la distribution des logements et des ressources (hausse des cotisations des employeurs pour la branche accidents du travail/maladies professionnelles). Elles participent aux décisions à propos de l'échelle des revenus, de la création d'emplois, des décisions concernant l'environnement, les transports et l'agriculture.

3. Modifications juridiques et de gestion de la santé au travail

Ces modifications concourent à protéger la santé des citoyens et à promouvoir la transparence et la démocratie, elles concernent

– **Les médecins du travail** sont salariés du minis-

tère de la santé, indépendants des employeurs. Les certificats de « non contre-indication » à l'exposition aux risques professionnels sont abrogés. La déclaration des risques encourus pour chaque poste de travail est obligatoire. L'avis d'aptitude devient un avis de suivi médical en rapport avec les risques du poste de travail. Le suivi professionnel et post-professionnel est obligatoire et gratuit, quel que soit le contrat du salarié et la régularité de ce suivi est fonction du risque au poste de travail.

– **Les entreprises** : les règlements sélectionnant les salariés selon des critères individuels probabilistes, basés sur des éléments génétiques ou comportementaux non validés scientifiquement et discriminatoires, sont abrogés, remplacés par des mesures de protection en fonction des risques du poste du travail. Les entreprises donneuses d'ordre externalisant les risques par la sous-traitance sont pénalisées, la notion juridique de faute inexcusable est renforcée, toute discrimination au travail (sexe, ethnie) est pénalisée et surveillée par des comités de salariés et de citoyens. Les mesures protectrices des intérêts ou « secrets » industriels sont révisées ou abrogées.

– **Les organismes chargés de la santé au travail** s'occupent non seulement de l'indemnisation, mais aussi de la prévention des risques au travail et comprennent des représentants des salariés et de la population locale. Les barèmes d'indemnisation des victimes du travail sont revalorisés.

– **Les citoyens** ont un devoir d'alerte et un droit à l'investigation, reconnu sous le principe de précaution. Il est ajouté au fonctionnement juridique des entreprises et des collectivités locales un « principe de confrontation » prévoyant la participation de la population, y compris dans les assemblées d'actionnaires des entreprises, pour s'exprimer sur les risques pour la santé, se confronter de manière transparente et contradictoire, et créer le rapport de force nécessaire aux

4. Une politique sociale et d'éducation populaire à la santé pour tous

Un système de santé pour tous est basé sur la reconnaissance et la réparation des maladies environnementales et professionnelles, et sur leur

prévention. Il se donne les moyens d'anticiper et de prendre des mesures pour ne pas avoir à vivre des catastrophes sanitaires prévisibles (amiante, canicule, explosions d'usines chimiques ou nucléaires). La politique de santé publique doit être mise au centre des objectifs nationaux de santé. Des actions seront prises en amont de la maladie, intéressant les domaines industriels et environnementaux, indépendamment des enjeux financiers, en concertation avec les usagers du système de santé, afin d'imposer des choix sociaux et industriels préservant la santé de la population.

C. Le réseau de santé local

Les réseaux de santé ont inventé de nouvelles formes de coopération entre les différents acteurs situés sur l'itinéraire de la personne malade. Le réseau de santé est la forme aboutie du réseau de soin. Il permet de passer du soin de la personne pour une maladie à un accompagnement de la personne pour une problématique santé. Il intègre donc les paramètres sociaux, psychologiques, culturels, dans le projet thérapeutique. La personne malade devient, de par son expertise de sa maladie, acteur de sa santé. Dans un réseau de santé les coopérations sont non hiérarchiques, l'addition de la compétence de chacun contribue à produire l'efficacité de l'action. Pour exister le réseau construit ses propres outils ; formation interprofessionnelle, coordination médico-sociale, référentiel partagé...

Les réseaux de santé sont dans la nouvelle organisation inscrits dans le système de santé publique par leur participation aux maisons de santé de proximité.

D. L'offre de soins de proximité : la Maison de Santé de Proximité.

L'offre de soins doit être adaptée aux besoins de santé exprimés dans la proximité du lieu de vie des populations. Cette offre de soins mobilise les savoir-faire des différents acteurs du soin, du social, associé à l'expertise de la personne malade. Ces différentes compétences peuvent s'exer-

cer dans un même lieu afin de développer leur synergie. Ce lieu est la Maison de Santé de Proximité (MSP).

Les professionnels se constituent en coopérative de santé. La MSP offre des soins médicaux et paramédicaux, des actions de prévention médico-psycho-sociale, de l'éducation sanitaire. Cette action de santé publique s'organise avec les initiatives citoyennes portées par les associations de proximité.

La MSP est financée par un budget global abondé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, les collectivités locales et régionales et par l'Etat. Ce financement est conditionné par un cahier des charges qui définit les missions de la MSP. Les professionnels travaillant au sein de la MSP sont salariés.

La MSP exerce aussi une fonction de formation des professionnels, et conduit des travaux de recherche.

E. L'hôpital public

Ce chapitre est en cours d'écriture avec des soignants hospitaliers.

F. La démocratie participative en santé

Dans chaque quartier, les habitants peuvent se réunir dans un « **comité pour la santé** », pour parler des problèmes de santé locaux et décider de priorités à étudier ou sur lesquelles intervenir. Seraient présents à cette réunion un membre de « l'observatoire régional de santé », des professionnels de la maison de santé de proximité et des habitants relais, la réunion étant animée par un animateur non médecin. Pour chaque problème envisagé, l'observatoire mettrait, à la disposition du comité local, des chercheurs pour faire l'étude sur le terrain et se chargerait de coordonner les professionnels concernés et les actions à entreprendre.

Le réseau de santé s'occuperait de l'organisation de ces réunions.

Une « **conférence locale de santé** » se réunirait à périodicité plus espacée avec des représentants des différentes maisons de santé, des hôpitaux locaux, des médecins du travail et des médecins

scolaires, de la municipalité, des réseaux de santé et des comités pour la santé, et tous les habitants intéressés. On y débattrait des problèmes soulevés par les comités locaux et des actions en cours ou en projet.

«**L'observatoire régional de santé**» aura pour fonction de recenser les problèmes de santé au niveau de la région, de faire des enquêtes épidémiologiques et de lancer des programmes de prévention et d'action dans le domaine de la santé, il accueillera dans ses réunions des représentants des comités locaux de santé, des maisons de santé de proximité et des réseaux de santé. Il sera sollicité après chaque conférence locale de santé, pour mettre en œuvre les moyens nécessaires à l'action concernant les problèmes de santé définis localement.

Chaque structure de santé (maison de santé de proximité, hôpital, maison de santé des femmes, service médical du travail, maison de retraite, réseau de santé...) accueillera dans ses réunions de gestion et ses réunions de travail des représentants des habitants, délégués par les comités locaux de santé du secteur correspondant. Ces représentants seront consultés au cours des débats, auront le droit de vote et seront tenus de rendre compte de ces réunions auprès de leur comité pour la santé d'origine. Ils seront rémunérés par leur employeur pour le temps passé à ces réunions, sur un « temps de délégation pour la santé » (comme les heures de délégation syndicale).

Chaque comité local pour la santé aura une « commission médicaments » (cf. paragraphe sur le médicament) et une « commission environnement » responsable d'alerter sur les risques locaux et de commander à l'observatoire régional de

santé des recherches sur le terrain et la mise en œuvre d'actions.

Le travail de chaque comité local pour la santé et des conférences locales de santé fera l'objet de comptes-rendus publiés sur le site du réseau de santé local, ainsi que les annonces des dates et lieux des différentes réunions, qui seront aussi annoncées par affiches (et dans le journal municipal).

Pour participer aux activités du comité local pour la santé, il suffit de justifier de son statut d'habitant (en titre ou hébergé).

G. Rôle de l'assurance santé, des mutuelles et de l'Etat

L'Assurance maladie se transforme en Assurance santé. Elle cesse de gérer le risque maladie pour gérer « le capital santé » des assurés. Les assurances complémentaires cessent de faire du remboursement maladie, pour s'occuper de la prévention et de l'éducation sanitaire des citoyens. L'Assurance santé couvre la totalité des dépenses de santé. Le financement de l'Assurance santé est assuré par les prélèvements sociaux sur le salaire et les profits financiers. L'action conduite dans le champ de la prévention et l'éducation constitue le gisement d'économies qui permet d'équilibrer les comptes de l'Assurance santé. Celle-ci est dirigée par les partenaires sociaux, les principes fondateurs de la sécurité sociale sont réactualisés.

L'Etat intervient comme coordinateur de la santé publique. Il définit la politique de santé publique, la met en œuvre. Cette action de l'Etat est décentralisée au niveau de la région qui adapte la politique nationale aux réalités régionales.

Après Prague, Berlin, St Petersburg, le Québec, Cuba et la Palestine, les Journées de printemps 2006 ont été consacrées à la découverte des centres de santé publique andalous.

Ce séjour vécu avec autant de convivialité que tous les précédents, a été organisé à notre intention par « l'Association pour la défense de la santé publique » qui regroupe 2000 adhérents sur toute l'Espagne, en majorité des médecins. Nous remercions tous nos interlocuteurs et tout spécialement l'Association pour la Défense de la Santé publique et les autorités sanitaires du district de Cadiz, qui nous ont ouvert les portes des dispensaires et nous ont informés avec un souci de transparence.

En Espagne, la gestion des services de santé est publique et décentralisée au niveau des régions. Le financement relève de l'impôt et les soins des structures publiques (centres de santé et hôpitaux) sont gratuits pour toute la population. Immergés par deux ou trois dans les centres de santé, chacun d'entre nous a pu « vivre » deux longues matinées dans deux centres de santé différents de Cadix (1). Outre la présentation de la structure (organisation, composition de l'équipe, aire géographique, caractéristiques de la population, types d'activités...), l'intérêt a été de pouvoir assister à la consultation d'un médecin, ainsi qu'aux prises en charge assurées par les infirmières.

Ensemble, nous avons pu recouper les observations et les informations recueillies « sur le terrain » avec les présentations faites par la Direction régionale de la santé, le District de soins primaires Bahia Cadiz, la Société andalouse de médecine de famille, des associations de consommateurs, un responsable de l'hôpital universitaire, le centre de consultations de spécialistes et bien sûr l'Association pour la défense de la santé publique...

Une médecine « gratuite » et un système de distribution des soins de conception intéressante
Tout habitant du secteur (une population en moyenne de 20 000 habitants) peut consulter au centre de santé publique. Il peut choisir son médecin (2) ou consulter une infirmière pour le suivi d'une pathologie ou une éducation sanitaire (diabète, hypertension artérielle...). Les enfants de 0 à 14 ans sont vus par un pédiatre.

La composition de chaque centre peut varier, mais il y a, à peu près, autant d'infirmières que de médecins de famille, des pédiatres, des aides-soignantes, des sages-femmes, des agents administratifs. On y trouve encore des vacations de gynécologue, de psychiatre (selon les centres) et d'assistante sociale (3).

Nos constats, nos témoignages...

La qualité de l'accueil...

Le fait d'assister à des consultations et visites à domicile de généralistes, et à des consultations de pédiatres et d'infirmières paraissait quelque chose de normal à tout le monde, professionnels de santé comme patients ! Nous n'avons pas pu nous empêcher de nous poser la question de la faisabilité de la même chose en France, dans nos cabinets.

La première impression qui se dégage dans les centres de santé est la qualité de l'accueil. Malgré l'importance des structures et le nombre de patients présents dans les espaces communs (accueil, salles d'attente...), les gens s'y sentent bien. Il est vrai que les espagnols communiquent facilement (quelquefois bruyamment), et l'ambiance est sympathique (4). Médecins et infirmières font (à

Daniel Coutant

*Médecin généraliste
membre du Syndicat
de la Médecine Générale*

Les centres de santé en Andalousie

ped) des visites à domicile (à la demande ou programmées) pour les personnes âgées et connaissent bien la population du quartier.

Un travail en équipe...

La notion d'équipe est la deuxième chose qui nous a frappés, à la fois dans l'organisation et dans le fonctionnement. Directeur ou directrice de centre de santé sont aussi bien des infirmiers ou infirmières que des médecins ! A l'accueil, le personnel masculin est aussi nombreux que le personnel féminin !

L'activité des médecins et des infirmières est complémentaire. En simplifiant, on peut dire que diagnostic, traitement et indications de consultation spécialisée relèvent du médecin ; soins infirmiers, examens complémentaires (prélèvements sanguins, électrocardiogrammes, spirométries...), accompagnement et éducation sanitaire sont effectués par l'infirmière. Chaque médecin fonctionne en tandem avec une infirmière pour le suivi de malades au centre et à domicile (5). Les dossiers médicaux sont communs et informatisés. Sur la plage horaire commune aux équipes du matin et du soir et, à une fréquence variable selon les centres (du fait notamment de la charge de travail), se tiennent les réunions d'équipe sur les dossiers, sur la formation continue...

Il y a aussi des consultations pour les adolescents, de la planification familiale (mais sans pose de dispositif intra-utérin), des groupes de prise en charge spécifique (relaxation, préparation à l'accouchement..).

Un des médecins reçoit les urgences pendant les heures d'ouverture ; en dehors de ces heures, c'est un service de garde indépendant, relevant du service public.

En plus des soins, des médecins peuvent avoir des activités d'enseignement et de tutorat pour les étudiants en médecine de famille (quatre années après les études de médecine, avec une pratique complète en centre de santé en fin de formation). Les centres peuvent avoir aussi une fonction de médecine scolaire avec permanence de médecin et d'infirmière dans le lycée du quartier.

Un accès facilité pour l'utilisateur...

L'accès est gratuit pour toute la population du secteur, sans avance d'argent (6). Les centres sont ouverts de 8 heures à 21 heures (7). Les examens complémentaires (ECG, bilans sanguins, radiographies...), l'éducation sanitaire par l'infirmière, les consultations de spécialistes prescrits

par le médecin généraliste sont gratuits (8). Les médicaments prescrits sont pris en charge à 60 % (9), sauf pour les personnes de plus de 65 ans, les invalides, les traitements coûteux (cancérologie...) où la prise en charge est totale, de même que pour les dispositifs et petits matériels (protections pour incontinents, glucometer...) après entente préalable. 70 % des prescriptions médicamenteuses sont faites en Dénomination commune internationale.

Un exercice salarié...

Tout le personnel est salarié avec un statut de fonctionnaire de l'Etat. Le temps de travail est de 35 heures par semaine, avec un salaire mensuel de 2400 à 2500 euros, plus des primes. Il peut s'agir de primes attribuées à toute l'équipe (c'est le cas des travaux de recherche) ou de primes individuelles liées à la réalisation des objectifs, dans le domaine du médicament par exemple (le montant total des primes peut être assez conséquent de l'ordre de 3 à 6 000 euros par an). Le salaire du généraliste est identique à celui du spécialiste (10); le médecin de famille est un spécialiste (après six années de médecine et quatre années de spécialité en médecine de famille).

Le statut du médecin est intéressant, mais contraignant avec un rythme de consultations de 5 minutes par patient (12 personnes à l'heure!). Un médecin voit en moyenne 47 patients par jour ! Il peut programmer des durées de consultation plus longues et il est déchargé de l'éducation sanitaire des malades chroniques (diabétiques, hypertendus, obèses...) par l'infirmière qui consacre alors une ou plusieurs séquences de 15 minutes par rendez-vous.

Nos questionnements, nos remarques ?

Les centres de santé publique : des soins de santé primaire ? Des soins de santé de premier niveau ? Des centres de santé communautaires ?

Parler de structures de proximité pour la médecine de famille est peut-être le qualificatif le plus approprié; en tout cas, il rend compte de la notion d'accompagnement qu'on a pu observer. Parler de soins de santé primaires (la référence à Alma Atta a été faite plusieurs fois), de soins de premier niveau n'a rien de péjoratif, mais paraît trop limité par rapport à l'offre avec les examens complémentaires, l'éducation sanitaire personnalisée, la prise en charge au niveau de groupes spécifiques, l'obtention de consultations spécialisées... Pour parler de centres de santé communautaires, il faudrait percevoir réellement la

dimension « usager » : leur existence, la place qui leur est faite, la prise en compte de leur demande au niveau de programmes de santé publique...

Une pratique médicale imposée, non exempte de critiques...

Le problème majeur (soulignés aussi par tous les médecins rencontrés,) appelé massification, est la brièveté des consultations ! En 5 minutes, il faudrait accueillir, consulter le dossier informatique, écouter, examiner, saisir la consultation et le diagnostic, imprimer et expliquer la prescription ! Autant dire mission impossible, sauf apparemment pour les gestionnaires que nous avons rencontrés.

Il est vrai que le médecin a la possibilité de prévoir une durée plus longue, qu'il peut faire revenir les gens, que la consultation des malades chroniques a pu être préparée par l'infirmière (prise de tension artérielle, glycémie capillaire...), qu'un renouvellement d'ordonnance peut être rapide, que l'éducation sanitaire est confiée à l'infirmière et qu'il peut prendre du retard dans ses consultations, si son bureau n'est pas occupé ensuite par un collègue ! De toute façon, la partie logistique obligatoire (regard sur le dossier informatique, minimum de saisie et prescription) se font aux dépens de l'écoute et de l'examen clinique. (11)

Au delà du risque pour les médecins de perdre l'habitude d'examiner, la question que nous nous sommes posés est de savoir si ce handicap pourrait être corrigé ? Ce n'est sûrement pas aux « Français » accrochés au paiement à l'acte et à sa perversité de donner des leçons. Néanmoins, nous pouvons nous autoriser à faire des remarques ou des suggestions. Cette démarche sera aussi une façon de développer un réel partenariat avec l'Association pour la défense de la santé publique qui a été la cheville ouvrière de notre voyage d'études.

Nous avons eu l'occasion de rappeler des études françaises liant la quantité de médicaments prescrite à la durée de la consultation. Donner des médicaments peut faire gagner du temps, donner des conseils et expliquer pourquoi on ne prescrit pas peut en prendre beaucoup ! Le pharmacien responsable du district sanitaire, qui nous a fait une belle démonstration sur la « Stratégie pour atteindre l'utilisation rationnelle du médicament », a paru surpris de ces références ! La prime (ristourne) faite au médecin qui atteint les objectifs de prescription pourrait-elle être transformée en « équivalent temps » pour accroître la durée de

la consultation ?

Il y a aussi un travail d'éducation à faire au niveau des patients : toute demande de consultation n'est pas forcément justifiée. Cette consommation sûrement excessive est à intégrer au contexte historique (des représentants usagers ont souligné l'intérêt du système actuel par rapport à ce qu'avaient connu leurs parents), mais attention à ne pas apporter de fausses réponses, comme l'établissement d'un ticket modérateur, pour réguler l'accès aux consultations. On l'a entendu dans la bouche de médecins de centres de santé, mais aussi dans celle de responsables d'associations progressistes, prêts eux aussi à culpabiliser et pénaliser les seuls patients ! En dehors des effets immédiats d'annonce, cela ne règle rien, mais accroît les inégalités de santé en pénalisant les plus démunis.

Quoiqu'il en soit, si la solution à ce problème de rythme de consultations dépend des pouvoirs publics, des usagers, elle dépend aussi des professionnels de santé : y a-t-il chez la majorité une volonté de changer les choses ? Là encore, il n'est pas question de donner de leçons, simplement de faire le parallèle avec la France, avec la discordance qu'il y a entre les intentions de salariat chez les médecins et la façon de s'accrocher au paiement à l'acte !

Une pratique de prévention et d'éducation sanitaire à évaluer ...

Ce rôle est dévolu aux infirmières, qui disposent de temps sans commune mesure avec la durée des consultations des médecins. Apparemment, personne ne conteste cette répartition des tâches et des compétences, mais là encore le problème de la langue ne nous a pas permis de savoir si les médecins ne se sentaient pas frustrés de se limiter aux soins, tout comme de ne pas examiner d'enfants.

Si la démarche est intéressante, les moyens pour la réaliser ont paru décevants. Les outils sont limités : documentations sur photocopies de mauvaise qualité, contenu limité et peu adapté (efficacité des conseils alimentaires exprimés encore en poids, isolés de toute enquête alimentaire ?), absence de documents personnalisés, absence de documentation venant du District sanitaire ou du ministère (avec quelques exceptions : calendrier des vaccinations...), affichage limité... Par contre (dans une consultation), le support attrayant utilisé pour les diabétiques était un beau classeur d'un laboratoire pharmaceutique ; c'était d'ailleurs le seul outil attrayant dont disposait l'in-

firmière ! Dans ce centre, les affiches de la consultation infirmière de pédiatrie étaient fournies par Nestlé. Partout les affiches pour lutter contre le tabagisme sont estampillées d'un laboratoire... Comment expliquer ce contraste entre la mise à disposition de moyens humains importants pour la prévention et le peu d'outils mis à disposition des professionnels et des usagers ? Sans doute qu'on peut trouver une explication dans le fait qu'il n'y a plus de poste de responsable de cette activité au niveau du district sanitaire. On peut craindre que ces insuffisances ne soient rapidement comblées par l'industrie pharmaceutique... Là encore, la position des professionnels sera déterminante, d'autant que les équipes, par leur expérience, ont un potentiel créatif certain. A connaître maintenant, la volonté des professionnels à adhérer ou à résister à l'offre de l'industrie pharmaceutique... C'est comme en France...

La place des usagers...

Ce système de santé publique semble donner satisfaction aux usagers en tant que consommateurs (accès facile, gratuité, prise en charge par une équipe...) (12). Qu'en est-il réellement de leur représentation en tant qu'usagers organisés (13) ? Quelles sont leurs revendications ? Est-ce une dimension qui intéresse les professionnels ? Des responsables d'association d'usagers (14) (non spécifiques à la santé) nous

ont dit soutenir les centres de santé, tout en soulignant que le suivi est difficile à cause des compétences techniques exigées. Par contre, ils refusent toute idée d'introduction d'un ticket modérateur pour les consultations.

A l'origine, en 1990, l'objectif des Journées de printemps du SMG et de Pratiques était « d'aller à la rencontre de médecins et professionnels qui puissent être critiques sur leur système de santé, mais aussi sur le nôtre ». A Cadix, on a pu vérifier que cet objectif n'avait pas changé. En s'appuyant sur les centres de santé publique, l'Association pour la défense de la santé publique nous a donné l'occasion de le poursuivre. En Espagne, la non avance d'argent pour les soins, le salariat des médecins, la prévention, le travail en équipe, ne sont pas des utopies. Par contre, comme en France, le développement du privé lucratif et l'emprise de l'industrie pharmaceutique sont des réalités.

Tout cela justifie la poursuite de notre engagement et des échanges avec nos collègues espagnols. L'Association pour la défense de la santé publique sera présente au congrès du SMG en décembre ; mettons à profit ce délai pour compléter nos informations et notre réflexion et soyons à notre tour à la hauteur de l'accueil que nous avons reçu à Cadix.

1. A Cadix, il existe 7 centres de santé pour 140 000 habitants.
2. Il est possible aussi de consulter dans un centre d'un autre secteur, mais dans ce cas-là, les visites à domicile ne sont pas assurées.
3. Chaque médecin a la charge d'environ 1 500 usagers. Il peut y avoir aussi des kinésithérapeutes et des dentistes et une vacation d'interniste.
Dans certains centres, il y a distribution de méthadone ; la méthadone est apportée par la police qui assiste à la remise !
4. L'appel du consultant peut se faire par le prénom, mais certains patients savent aussi manifester leur impatience en cas de retard dans les rendez-vous.
5. En toute logique (accompagnement des personnes âgées), ce sont surtout les infirmières qui interviennent à domicile. Le temps de domicile est par exemple de 15 heures par semaine pour l'infirmière et de 2 heures pour le médecin.
6. Les « sans papiers », eux aussi, sont accueillis et soignés gratuitement dans les centres de santé. La question de la clandestinité et de l'accès aux soins sont en Espagne deux choses bien distinctes ! Cependant, il semble que, même si les « sans papiers » ont droit aux soins, ils hésitent à aller dans les centres par crainte de se faire repérer.

7. Avec pour les médecins et les infirmières des plages de consultations de 8 heures à 14 heures et de 14 heures à 21 heures.
8. C'est le personnel d'accueil qui prend les rendez-vous de consultation de spécialiste, à l'hôpital ou au centre de spécialités.
9. La pilule contraceptive n'est pas prise en charge, mais la pilule du lendemain est gratuite !
10. Le salaire mensuel moyen d'un(e) infirmier(e) est de 1 800 € ; celui d'un(e) auxiliaire de 700 €.
11. Les consultations de pédiatre et des spécialistes ont une durée prévue de 15 minutes. Les spécialistes rencontrés au centre de spécialités ont d'ailleurs souligné la qualité de leurs conditions de travail.
12. Le recueil des doléances des usagers est possible au secrétariat d'accueil des centres de santé.
13. Des associations d'usagers participent aux Conseils de santé communautaire qui se réunissent une fois par an ; ils estiment y avoir essentiellement un rôle de relais des décisions.
14. Les enquêtes de satisfaction faites chaque année sur les centres de santé par des organismes extérieurs sont très positives, ce que nous ont confirmé deux associations de défense des usagers, en soulignant que les gens savent faire la différence avec le système antérieur, trop inégalitaire.

Résumé : Antonio a été l'organisateur des Journées de Printemps du Syndicat de la Médecine Générale à Cadix en 2006. Il fait partie de l'Association pour la Défense de la Santé publique. Après lecture de nos comptes-rendus, il nous fait part de quelques points importants.

La situation du médecin de famille salarié du système public de santé

Le contrat du médecin de famille espagnol porte sur ses conditions de travail et de rémunération et sur les objectifs spécifiques d'un système public de santé.

Ce contrat a tendance à évoluer négativement, car la précarité du travail est entrée aussi dans la profession médicale et, par ailleurs, il y a actuellement une absence de valorisation du système public de santé, conséquence du recul, lié à l'idéologie néolibérale, de la notion de service public. Il est à la fois important et complexe que le médecin, en tant que travailleur, bénéficie d'une reconnaissance et d'une perspective sociale dans son propre travail.

Il y a un réel problème de participation des médecins aux objectifs du système de santé, au niveau des orientations prioritaires, de l'investissement dans des activités de prévention et de promotion de la santé. Les autorités sanitaires (région, districts) sont excessivement dirigistes et ne facilitent pas la participation des médecins ; par ailleurs, il y a une certaine passivité de ces derniers et une résignation à leur situation, un échec accepté : leur participation à la lutte de la plate-forme des associations, revendiquant une augmentation du temps de consultation à 10 minutes, a été très faible.

La « massification »

Le nombre de consultations réalisées par les médecins est excessif, de même que la demande de consultations de la part des usagers.

C'est un problème important, surtout au niveau des grandes villes, mais il y a des Centres de Santé qui ont réussi à apporter des réponses efficaces :

- une meilleure orientation des demandes qui pourrait être faite par les infirmier(e)s : trop de consultations médicales ont lieu pour des demandes administratives et des renouvellements de médicaments ;
- l'étude des caractéristiques des usagers qui consultent beaucoup, appelés ici les « hyperfrequenters » et l'organisation pour eux d'activités spécifiques de consultations et d'éducation sanitaire ; les médecins pouvant aussi pratiquer de l'éducation sanitaire au sein des consultations courantes (1) ;
- un travail d'éducation sanitaire collectif à partir des questions soulevées par les usagers, mais il n'y a presque pas d'initiatives à ce niveau ;
- la modification du schéma traditionnel et exclusif de consultation médicale individuelle et l'introduction de consultations de groupe ; dans un Centre de Santé de la ville de Malaga, un jour par semaine, un groupe de patients ayant des maladies chroniques part sur un boulevard à côté de la plage ; tout en se promenant les gens discutent les uns avec les autres et le médecin parle aussi de façon individuelle avec les patients ;
- des visites au domicile des « hyperfrequenters » faites par les infirmiers et les travailleurs sociaux en coordination avec les médecins ;
- la mise en place dans les centres de santé d'activités (relaxation, yoga...) permettant de relativiser l'intervention du médecin comme réponse exclusive aux problèmes de soin et de santé des patients.

L'orientation générale du système de soins

Le système de soins est excessivement (presque exclusivement) orienté vers la prise en charge curative de la maladie (primat du biomédical) et a presque abandonné une conception globale de

Antonio Escolar
Pujolar

Médecin épidémiologiste à Cadix

La massification

la santé. Les activités d'éducation sanitaire, par exemple, sont très dépendantes des maladies et sont orientées presque uniquement vers le contrôle des variables biologiques (tension artérielle, cholestérol, glycémie...).

La domination effective des intérêts de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie de la technologie diagnostique.

Elle est de jour en jour plus importante. Il y a une occultation des contextes sociaux, économiques et politiques dans lesquels sont « cultivés » les problèmes de santé. De ce fait, les réponses aux questions liées à la santé sont

dirigées vers l'intérieur des individus et de ses « machines cellulaires ». La « massification » est en partie liée à cette orientation biomédicale du système.

Propos recueillis par Marie Kayser

1. Un des freins à ces interventions est probablement la durée de la consultation qui est insuffisante pour une véritable prise en charge ; ne peut-on penser que les médecins comptabilisent certaines consultations, qui n'en sont pas vraiment, pour récupérer leur quota horaire et qu'ils n'ont ni le temps ni le désir dans ce contexte d'éduquer leurs patients (remarque de la rapporteuse) ?

Résumé : Lors d'une grand messe des soins palliatifs sur Montpellier, après des exposés brillants présentant la loi d'avril 2005 sur la fin de vie comme un premier progrès, quelques personnes se sont exprimées sur l'insuffisance de la représentation du patient dans les prises de décisions d'aide à mourir, d'autres sur leur répulsion à « laisser mourir de faim ou de soif ». Puis j'ai exposé les cas concrets repris dans cette lettre ouverte aux orateurs.

Aider à mourir

Bernard Senet **Lettre ouverte à :** Marie de Hennezel, Jean Léonetti, Bernard Devalois et Jean- Michel Boles.

Médecin généraliste Madame, Messieurs,

Lors de la séance publique organisée par la SFAP (1) le jeudi 15 juin à Montpellier, je suis intervenu dans le débat pour vous interroger sur trois cas concrets.

Le premier est un patient atteint d'une maladie de Charcot, compliquée de métastases osseuses d'un cancer de la prostate, demandant d'avoir la certitude d'être aidé à partir, au moment où il le décidera, pour éviter la mise en place de techniques qu'il refuse par avance (trachéotomie ou intubation, sonde gastrique, etc..); la réponse apportée par M. Devalois est la possibilité de le laisser se déshydrater, en application de la loi, permettant de considérer l'apport d'eau comme une « obstination déraisonnable ». Il me semble très difficile de proposer au patient et à son entourage « une mort de soif », qui peut intervenir entre trois et neuf jours, selon vos propres dires, sans l'aider activement auparavant, par l'administration de sédatifs abrégant cette période de souffrance pour tous, même si vous affirmez que mourir dans un état de déshydratation n'est pas particulièrement difficile pour le patient.

Le deuxième cas est celui d'une femme de 103 ans qui voit venir sa dépendance physique et refuse, en dehors de tout état dépressif, et de façon répétée, l'éventualité d'une dépendance psychique dont elle se pense menacée à juste titre. Vous n'avez apporté aucune réponse à cette question : c'est celle de nombreuses personnes âgées qui savent leur fin proche, qui ont accepté leur mort et ne veulent pas imposer à leur entourage familial ou institutionnel un état de dégradation neuropsychique qu'elles considèrent comme indigne. Peut-on imaginer l'autorisation du suicide assisté, encadré sur tous les plans, médical, mais aussi juridique et éthique? Vous semble-t-il vraiment impossible d'accompagner activement dans la mort une personne âgée, demandeuse, consciente et responsable?

Le troisième cas est celui d'une femme de 60 ans, dans un coma profond irréversible depuis un an suite à un trauma crânien. Avant son accident, elle avait pris ses précautions en rédigeant des directives anticipées, en nommant plusieurs mandataires à l'intérieur et à l'extérieur de sa famille. Ils n'ont actuellement qu'une réponse des responsables du service des cérébro-lésés dans lequel elle se trouve : le médecin et son équipe refusent la « traversée du désert » que lui (ou leur) imposerait l'arrêt de l'hydratation, seule possibilité offerte par la loi Léonetti. Ses mandataires doivent-ils aller jusqu'à une intervention devant la justice pour faire appliquer les volontés de cette femme, conformément au décret de février 2006 de la loi d'avril 2005, ou peuvent-ils espérer une intervention de personnes aussi responsables que vous pour convaincre les soignants?

Lors de ce débat, vous avez reconnu qu'il existait une faille importante dans la loi : la décision d'une discussion collégiale pour obtenir de l'équipe soignante un consensus sur la conduite à tenir émane toujours de la demande d'un médecin et ne peut être déclenchée par l'entourage ou le mandataire (personne de confiance) du patient.

Cela confirme la réalité du pouvoir médical; comme l'a rappelé M. Boles, un décès sur deux dans un service de réanimation est consécutif à la décision de l'équipe soignante.

J'y vois aussi une autre faille : peut-on accepter l'idée que la mort par déshydratation soit plus humaine que l'aide à mourir active par l'injection d'un produit sédatif à forte dose? M. Devallois a évoqué le chlorure de potassium qu'aurait utilisé le Dr Chaussoy pour aider Vincent Humbert, (en lui faisant « exploser le cœur »), mais il sait pertinemment que nous utilisons le double effet des morphiniques et surtout de certaines benzodiazépines (hypnovel), ce qui peut éventuellement satisfaire sur le plan intellectuel, mais personne n'est dupe de l'effet du surdosage de tels produits. La plupart des médecins accélèrent le décès plutôt que d'attendre le « dessèchement » de leur patient, comme les bourreaux préféraient étrangler les condamnés au bûcher pour leur éviter un long calvaire. Aux confins entre la dignité des patients et l'humanité des soignants, ne serait-il pas plus clair d'arriver un jour à rédiger un texte encadrant des pratiques connues et acceptées par la majorité des professionnels, et dont la population nous remercie souvent?

1. Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs.



Pétition : Nous, soignants, avons en conscience, aidé médicalement des patients à mourir humainement

NDLR. – Notre revue a décidé de soutenir et de s'associer à cette pétition en publiant la liste des premiers signataires.

Parce que, de façon certaine, la maladie l'emportait sur nos thérapeutiques, parce que, malgré des traitements adaptés, les souffrances physiques et psychologiques rendaient la vie du patient intolérable, parce que le malade souhaitait en finir,

Nous, soignants, avons en conscience, aidé médicalement des patients à mourir humainement.

Tous les médecins ne sont pas confrontés à ce drame, mais la majorité de ceux qui assistent régulièrement leurs patients jusqu'à la mort utilisent, dans les circonstances décrites, des substances chimiques qui précipitent une fin devenue trop cruelle, tout en sachant que cette attitude est en désaccord avec la loi actuelle.

Des améliorations ont été apportées par les textes législatifs d'avril 2005 (loi Leonetti), mais elles sont insuffisantes. Les récentes mises en examen de médecins et d'infirmières ayant aidé leurs patients à mourir prouvent que la loi est toujours aussi répressive et injuste, car en décalage avec la réalité médicale.

Aussi nous demandons :

- l'arrêt immédiat des poursuites judiciaires à l'encontre des soignants mis en accusation ;
- une révision de la loi dans les plus brefs délais, dépénalisant sous conditions les pratiques d'euthanasie, en s'inspirant des réformes déjà réalisées en Suisse, en Belgique et aux Pays-Bas ;
- des moyens adaptés permettant d'accompagner les patients en fin de vie, quels que soient les lieux (domicile, hôpital, maisons de retraite) et conditions de vie.

Il s'agit là, d'accorder à chaque personne, une singularité, une valeur absolue, qui se nomme, selon le préambule et l'article premier de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 : la dignité.

Premiers signataires (1) :

J.P. Arpurt MH (71) – S. Aubin MG (44) - J.C. Barbare M (92) – C. Bayon MG (24) – M. Becchio MG (94) – P. Bernard M (71) – F. Bertrand AS (91) – C. Bories MH (40) – P. Cassan MH (03) – F. Chaussoy MH (62) – V. Clement IDE (91) – M. d'Auria MG (75) – O. Danne MH (95) – B. Depis MG (24) – B. Deschamps MG (73) – J.P. Dessaux MG (44) – M. Devries MG (62). – P. Dubreil MG (44) – O. Duhamel MH (34) – N. Elisabeth IDE (94) – D. Fischer MH (91) – H. Fontaine IDE (91) – M. Fontaine MG (27) – Y. Frilay MG (75) – H. Girard MG (44) - J.Y. Guillet MG (44) – M. Gomis IDE (91) - J.L. Gorel MG (51) – H. Hagege MH (94) – B. Haushalter MG (51) – L. Jamet MG (44) – C. Jouanolou M (33) – M. Kayser MG (44) – D. Labayle MH (91) – E. Malaterre MG (31) – L. Marchat M (24) – E. Maurel-Arrighi MG (75) – D. Ménard MG (93) – B. Meslé MG (44) – P. Muller MG (92) – B. Nalet MH (26) – P. Nekrouf MG (91) – F. Oheix MG (44) – A.M. Pabois MG (24) – A. Pariente MH (64) – M.E. Pauly IDE (91) – E. Pénide MG (67) – J. Perot MG (36) – A. Poujol MG (44) – A. Pradier MG (44) – D. Prime MG (44) – A. Quillard MG (44) – J. Sauvezie IDE (91) – A. Savage MG (44) – M. Schachtel CS (75) – B. Senet MG (84) – A. Soliveres CS (91) – M. Soulard MG (44) – I. Suteau MG (44) – P. Stelier MH – D. Tavé MG (31) – E. Thiboit M (75) – L. Tramois MG (24) – L. Van Wassenhove MG (44)

Les signatures de soutien à cette pétition sont à adresser au :
Dr Denis Labayle
 Centre Hospitalier Sud Francilien
 rue Pont Amar
 91080 COURCOURONNES
 Fax : 01 60 87 50 32
 courriel :
 denis.labayle@ch-sud-francilien.fr

1. MG : médecin généraliste ; MH : médecin hospitalier ; IDE : infirmière diplômée d'Etat ; AS : aide-soignante ; CS : cadre soignant

Du nouveau en substitution ?

Le Subutex®, dont la dénomination commune internationale est buprénorphine, est utilisé en France depuis 1996, pour le traitement de substitution des toxicomanes à l'héroïne. La substitution par buprénorphine est considérée comme un réel progrès dans la prise en charge de ces patients, tant sur le plan des soins que sur la réduction des risques (1) (2). Il est notoire aussi qu'il fait l'objet de trafic et d'utilisation non réglementaire, mais il y a des divergences sur l'ampleur du phénomène qui est souvent exagérée. La revue de l'Assurance maladie considère, en 2000, que 10 % des patients substitués ont un comportement en rapport avec un possible mésusage. (3)

C'est la firme Schering-Plough qui commercialise ce médicament, le fait connaître, et fait ainsi un chiffre d'affaires très conséquent puisque, prescrit à 80 000 patients, le Subutex® est devenu le 2^e médicament, en valeur, remboursé par l'Assurance maladie. Ce médicament est cher. Dix ans plus tard, en 2006, le brevet de la buprénorphine tombe dans le domaine public, un générique apparaît. Il est vendu, entre 15 et 20 % moins cher que le princeps.

Depuis le début de l'année, curieusement, plusieurs tentatives de discréditer ou de remplacer la buprénorphine se succèdent :

Martine Devries

Médecin généraliste,
membre du Formindep



– La tentative, heureusement repoussée in extremis, de faire passer la buprénorphine en catégorie de « stupéfiant », ce qui aurait multiplié les contraintes administratives pour les pharmaciens, et en aurait donc dissuadé certains d'assurer ce service ; ils auraient été moins nombreux à le faire, et l'accès aux soins pour les patients toxicomanes se serait compliqué. Mais ce danger a été écarté, pour le moment.

– La prochaine mise sur le marché, toujours par Schering-Plough, de la Suboxone®. La Suboxone® est une association de buprénorphine et de naloxone (commercialisée en France sous le nom de Narcan®) dans un même comprimé. La naloxone empêche l'action de la buprénorphine dans l'organisme, mais elle ne passe pas la barrière digestive, elle ne pénètre pas lorsque le patient ingère le comprimé, comme il est censé le faire. Prendre de la Suboxone® par voie orale, comme c'est prescrit, revient à avoir l'effet de la buprénorphine.

Mais si le patient injecte le comprimé dilué, comme il ne doit pas le faire, à ce moment-là, les deux substances s'annulent et le patient se trouve en état de manque. Cette présentation a donc pour but de dissuader les patients d'injecter la buprénorphine. Les études montrent qu'il y a peut-être, pour certains patients, un bénéfice, mais il est faible (4). La baisse attendue du trafic de buprénorphine reste à voir. Par contre, pour la firme Schering-Plough, il y a un véritable intérêt à faire prescrire de la Suboxone®, sous brevet, plutôt que de la buprénorphine, maintenant générique !

1. Conférence de consensus juin 2005

2. revue *Prescrire*, « Buprénorphine en traitement de substitution (suite) : un intérêt confirmé », 2005, n° 264, p. 603-611.

3. Claroux-Bellocq D et coll., *les traitements de substitution aux opiacés en France métropolitaine en 2000*, Rev. Ass. Maladie, 2003-34,2-93-102.

4. I. Lacroix, « La suboxone dans la dépendance aux opiacés », *Bulletin d'Information de Pharmacologie de Toulouse*, BIP 2004 10 1.

Fabienne Brugère, Guillaume le Blanc, Virginie Pirard, Frédéric Worms, Nathalie Zaccai-Reyners, *Les nouvelles figures de soin*, Revue Esprit, janvier 2006

Ce dossier est issu de rencontres théoriques interdisciplinaires associant des médecins, des philosophes, des sociologues et des juristes; il porte sur la relation de soin, qu'il s'agisse de soin médical, de soin parental, de sollicitude à l'égard des personnes fragiles; le soin « mobilisant une forme de relation à l'autre qui se caractérise par une extrême dissymétrie ».

Après la lecture de ce dossier, j'ai essayé à plusieurs reprises de faire une note de lecture, mais je me suis rendue compte que j'étais dans l'incapacité de dégager les différents éléments des articles si riches qui le composent; je me borne donc à rapporter ici ce qui a eu pour moi dans ce dossier un écho plus particulier :

- Interrogations sur ce qui constitue les fondements de la disposition à soigner, sur ce qui permet au soignant de prodiguer le soin sans mettre en danger son intégrité physique et psychique et au contraire en soutenant celle-ci.
- Exploration de la notion de « respect » comme garant de la relation de soin malgré l'asymétrie liée à la dépendance du soigné : reconnaissance de l'autre, le soigné comme être humain à part entière avec toute son étrangeté par rapport à nous et d'une égale dignité.
- Réflexions sur la « vie psychique de la maladie » : la maladie (grave, chronique) s'inscrivant dans la vie psychique comme révélateur de la fragilité, de la vulnérabilité et réorganisant en même temps la vie à travers cette vulnérabilité.
- Réflexions sur la guérison, qui entraîne à nouveau un bouleversement complet de l'existence du patient et n'est pas un retour à l'état antérieur à la maladie, puisque l'homme, à travers la maladie grave, a pris conscience de sa fragilité et du caractère mortel de la vie.

Marie Kayser

Marie Didier, *Dans la nuit de Bicêtre*, Edition L'un et l'autre, Gallimard, 2006

En s'attachant à la figure de Jean-Baptiste Pussin, « incurable » enfermé à Bicêtre à l'âge de 26 ans, Marie Didier (1) nous fait découvrir de l'intérieur l'univers effarant, incroyable et fou de l'hôpital du XVIII^e siècle. Le personnage est attachant, sensible et généreux, mais aussi taciturne, secret, rigoureux, travailleur infatigable. De « bon pauvre », il devient portier, instituteur remplaçant, directeur de Bicêtre, puis « surveillant des folles » à la Salpêtrière. C'est auprès de lui, notamment, que Pinel découvre son thème conducteur : le fou n'est pas un animal, et il est important, pour le soigner, d'entrer en relation avec lui.

L'auteur nous le décrit observateur attentif, discret, réussissant à garder compassion et sensibilité, au fil d'années passées à côtoyer la misère, la cruauté, la saleté, la violence de l'institution, gardant la conviction que le fou pouvait être guéri. Manifestant l'autorité sans colère, sans appétit de pouvoir pour lui-même, il ne cherche qu'à améliorer le sort des insensés. Il a su prendre des chemins difficiles.

Martine Devries

(1) Un temps médecin généraliste, elle a écrit un très beau témoignage, poétique : « Contre-visite », Folio, 1988.

Courrier des lecteurs

Voici, en réponse à votre numéro précédent, des extraits d'un texte écrit ce printemps. Une cité comme il en existe partout en France, ni plus ni moins sinistrée que les autres... Avec des immeubles en béton repeint, quelques jeunes qui jouent au foot ou bricolent leur scooter. Et une certaine fébrilité, car nous sommes en juin, et tout le monde prépare le voyage pour aller au bled cet été...

Fatna

Elle n'a pas très envie de mourir, Fatna, mais elle se sent mieux depuis qu'elle est revenue dans sa chambre. Et puis, elle voit par la fenêtre ses petits-enfants et ses arrière-petits enfants qui jouent dans la cour de la cité, sous les grands arbres, dans l'herbe si verte.

Il n'y en avait pas beaucoup, au bled, de l'herbe verte. Au printemps, les champs de blé jaunissaient vite. Elle se souvient des longues marches pour aller chercher l'eau, ou des fagots de bois plus gros qu'elle. Avec ses amies, on aurait dit des arbres secs qui marchaient seuls dans la poussière rouge du chemin. On l'a mariée avec M'hamed. À son âge, elle le voyait comme un vieillard, mais il avait été si gentil... s'il la voyait aujourd'hui ! Elle qui l'appelait gentiment son petit vieux ! Elle est heureuse de le retrouver bientôt.

Il y a toujours eu du passage, au village. Des hommes d'ici qui partaient pour faire la guerre, ou pour travailler. Et puis des gens qui venaient de loin, et qui ne parlaient même pas berbère : des arabes, des français... Les militaires, les touristes : on ne changeait pas trop les habitudes, il y avait toujours une théière sur le feu, avec des sourires à partager... Ses propres enfants sont aussi partis travailler loin. Ils sont revenus se marier au pays, mais elle a bien vu que leur vie n'était plus vraiment là. Alors quand M'hamed s'est endormi pour toujours, elle s'est vraiment sentie seule. Elle aussi a fait le voyage, dans la voiture de son grand fils, vers cette cour toute verte avec ses grands arbres. Elle a rencontré beaucoup de gens : de Ouarzazate, d'Er-rachidia, et d'Algérie, aussi. C'était comme un grand village berbère qui se retrouvait là, avec la même terre rouge au fond des yeux.

Puis elle n'est plus sortie, sa famille réunie autour d'elle. Elle est devenue une petite vieille toute sèche, toute ridée, fragile comme une sculpture de verre, avec toujours ses yeux bleus rieurs. Cela a été très dur quand il a fallu aller à l'hôpital ! Mais elle toussait tellement, et elle avait tant de fièvre ! Même les médicaments de la docteure ne marchaient pas ! Ils lui ont expliqué qu'elle avait les deux poumons infectés, qu'il fallait essayer d'autres antibiotiques. Ils ont voulu lui mettre des tuyaux dans la gorge, dans les bras...

Mais elle savait que c'était le moment. C'est écrit, *mektoub*... Elle a bien vu qu'en réanimation, ils n'avaient pas l'habitude. Mais elle a vu aussi dans leurs yeux qu'ils savaient, et qu'ils comprenaient son désir de retourner avec les siens. C'était le jour de congé de sa docteure et c'est le remplaçant qui est venu pour voir si elle était bien installée, si la bouteille d'oxygène ne soufflait pas trop fort, si elle avait bien tous les médicaments pour la fièvre...

Il est tard, docteur, il fait nuit. Regarde, je suis bien, même si j'ai l'air essoufflée. Mes enfants m'ont préparé une belle chambre avec une couverture du pays sur mon lit. Regarde mes tout-petits jouer. Bientôt, ils viendront me dire bonne nuit. Ecoute, on entend le petit dernier qui pleure dans les bras de sa mère dans le salon. Tu sens l'odeur de la menthe ?

Allez, rentre chez toi docteur, tu es bien gentil. Va retrouver ta femme et tes enfants, toi aussi. Tu vois ? Je suis bien. « *Baraka Allah oufik, toubib* ».

Qu'il soit avec toi aussi, Fatna. Avec toi et les tiens.

Guillaume Marien, médecin généraliste remplaçant

PRATIQUES

PRATIQUES n° 35

Espaces, mouvements et territoires du
soin

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.pratiques.fr>

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff • France

Directeur de la publication : Didier Ménard

Rédacteur en chef : Patrice Muller

Secrétaire de rédaction : Marie-Odile Herter

Secrétariat, relations presse : Lola Martel,
Marie-Odile Herter

Responsable de diffusion : Dominique Tavé

Responsable dossier : Elisabeth Maurel-
Arrighi, Elisabeth Pénide

Responsable hors-dossier : Dominique Tavé,
Martine Devries

Recherches bibliographiques : Anne-Marie
Pabois

Comité de rédaction : Geneviève Barbier ;
Christian Bonnaud ; Jean-Luc Boussard ;
Martine Devries ; Patrick Dubreil ;
Françoise Ducos ; Monique Fontaine ;

Marie Kayser ; Sylvie Lagabriele ; Martine
Lalande ; Evelyne Malaterre ;

Elisabeth Maurel-Arrighi ; Didier Ménard ;
Patrice Muller ; Anne-Marie Pabois ;
Elisabeth Pénide ; Anne Perraut-Soliveres ;
Sylvie Simon ; Dominique Tavé ; Christiane
Voltaire

Correspondants : Denis Labayle ; Noëlle
Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ; Monique
Sicard

Dessins : Serdu

Couverture : Eloi Valat

Imprimerie : J'Imprim, 26, rue Drouet-
Peupion, 92240 Malakoff,
tél. : 01 47 36 21 41

e-mail : j.imprime@wanadoo.fr

Dépôt légal : 4^e trimestre 2006

commission paritaire n° 0308G85786

ISSN 1161-3726

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.

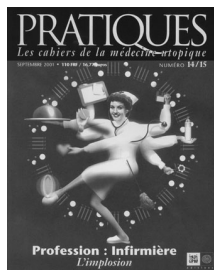
Pratiques, les cahiers de la médecine utopique
Numéros disponibles



n° 12 : L'information et le patient



n° 13 : La médecine et l'argent



n° 14-15 : Profession : infirmière



n° 16 : Les émotions dans le soin
(retirage du dossier)



n° 17 : Des remèdes pour la Sécu



n° 18 : Quels savoirs pour soigner ?



n° 19 : La vieillesse, une maladie ?



n° 20 : La santé des femmes : tout reste à faire



n° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres



n° 22 : La santé, un enjeu public



n° 23 : Ils vont tuer la Sécu !



n° 24 : Le métier de médecin généraliste



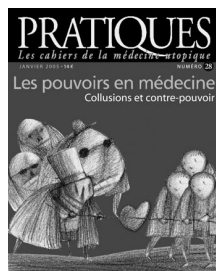
n° 25 : Hold-up sur nos assiettes



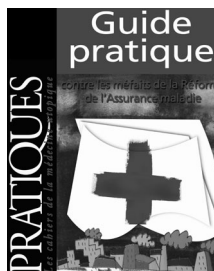
n° 26 : L'exil et l'accueil en médecine



n° 27 : Faire autrement pour soigner



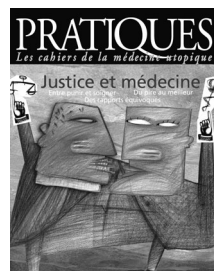
n° 28 : Les pouvoirs en médecine



n° 29 : Contre les méfaits de la Réforme de l'Assurance maladie



n° 30 : Les sens au cœur du soin



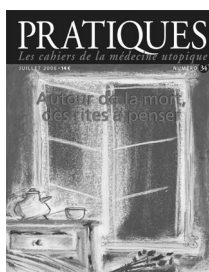
n° 31 : Justice et médecine



n° 32 : Le temps de la parole



n° 33 : L'envie de guérir



n° 34 : Autour de la mort des rites à penser

- 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° 36 : Les sciences humaines, leur place dans la formation des soignants

BULLETIN D'ABONNEMENT

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

Oui, je m'abonne à *Pratiques* et je choisis la formule suivante :

l'abonnement classique :

- 1 an (4 nos) : **48 €** au lieu de 56 €, soit plus de **14 % de réduction** par rapport à l'achat au numéro
- 1 an à tarif réduit : **35 €** (étudiant, demandeur d'emploi)

l'abonnement de soutien 1 an : 96 €

Je peux payer :

- par prélèvement automatique annuel, *reconduit automatiquement sauf résiliation de ma part par simple demande.*
Je joins mon autorisation de prélèvement et un RIB ou un RIP.
- par chèque

En cas de nécessité, un étalement trimestriel des paiements est envisageable : consultez le secrétariat.

J'ai bien noté qu'un reçu me sera adressé à réception de mon règlement.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS															
<p>J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier les prélèvements pour mon abonnement à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Je pourrai suspendre à tout moment mon service à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p> <p>IMPORTANT : merci de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) à votre autorisation.</p>	<p style="text-align: center;">Revue <i>Pratiques</i></p> <p style="text-align: center;">52 rue Gallieni, 92240 Malakoff</p>		<p style="text-align: center;">Numéro national d'émetteur</p> <p style="text-align: center;">N° 459582</p>												
	TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER														
	<p>Nom, Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p>														
	NOM ET ADRESSE DE VOTRE AGENCE BANCAIRE														
	<p>Nom</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p>														
DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Codes</th> <th rowspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Numéro de compte</th> <th rowspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Clé RIB</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Etablissement</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Guichet</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>		Codes		Numéro de compte	Clé RIB	Etablissement	Guichet					<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>			
Codes		Numéro de compte	Clé RIB												
Etablissement	Guichet														