

Soignants, usagers, nous sommes inquiets

Nous sommes inquiets pour l'accès aux soins :

Quand les franchises s'ajoutent aux franchises : hier un euro par consultation ou examen, maintenant 50 centimes par boîte de médicament et par acte paramédical, deux euros par transport par ambulance, et pour demain le projet de suppression de prise en charge à 100 % pour les Affections de Longue durée (ALD), pénalisant les plus malades avec l'instauration d'un ticket modérateur de 35 % sur tous les soins, laissant à charge de chaque assuré jusqu'à 800 euros par an.

Comment feront les moins fortunés ? Ils devront choisir entre manger, se chauffer ou se soigner, puisque la santé est devenue un bien de consommation.

Nous sommes inquiets de la mauvaise organisation des soins :

Quand les soignants, otages du paiement à l'acte, ne peuvent faire de prévention, car ils ne voient pas ceux qui en ont le plus besoin. Quand ils ne savent pas à qui adresser les patients, vu les dépassements d'honoraires des correspondants et des cliniques. Quand ils doivent se substituer à l'hôpital qui ne joue plus son rôle, mais qui trie les patients et les renvoie le plus vite possible à domicile, avant même d'être guéris.

Nous sommes inquiets de l'aggravation des inégalités :

Quand ce sont les régions les plus pauvres qui ont le moins de professionnels de santé. Quand il n'y a plus de médecins scolaires. Quand ceux qui travaillent le plus sont soupçonnés d'abuser quand ils sont en arrêt de travail, alors que les maladies professionnelles sont rarement reconnues. Quand le chômage et les conditions de vie sont responsables de maladies et de malheurs que nous ne pouvons soigner.

Nous sommes inquiets de la duplicité des institutions :

Quand on appelle les généralistes « médecins traitants » tout en leur refusant le droit de se former en médecine générale et en laissant l'industrie pharmaceutique dépenser des milliers d'euros pour les corrompre. Quand on dit aux personnes étrangères qu'elles ont le droit de se soigner et demander ensuite aux soignants de les dénoncer si elles n'ont pas de papiers. Quand les soignants, comme les enseignants, sont censés repérer les enfants en difficulté pour les fichier.

Nous sommes inquiets et révoltés par ces lois et ces mesures inefficaces et qui excluent.

Nous engageons nos lecteurs à réagir. Il est encore temps de protester contre les franchises et la suppression des ALD et de revendiquer un régime solidaire. Il est urgent de combattre la politique sécuritaire.

Les citoyens ne veulent pas être condamnés à rester malades en silence et, parfois même, en prison. Les soignants ne veulent pas être réduits aux rôles de nonnes ou de chiens de garde. Ensemble, nous pouvons et nous devons changer cela.

L'équipe du comité de rédaction

9 Des professionnels du médical et du social sortent du silence.

10 1. Un engagement en commun

11 Françoise Ducos

Les assistantes sociales de mon enfance

Patricia Gayard-Guégan

Une vraie assistante sociale

Anne Perraut Soliveres

Quand la misère et l'ignorance se conjuguent

12 Elisabeth Pénide

La médecine générale dans tous ses états

La sollicitude au quotidien d'une généraliste attentive au social.

15 Patrick Dubreil

Encaisser... jusqu'à quand ?

La colère d'un généraliste face à la dégradation des conditions de travail.

16 Marie Epdine

Échec et mat

17 Elisabeth Maurel-Arrighi

L'effet Matriochka

Une généraliste témoigne de l'utilité de la sollicitude dans le suivi de grossesse.

18 Équipe de Siloé

Quand la bienveillance réunit le social et le médical

Des éducatrices auprès d'adultes en précarité évoquent la richesse de leurs outils.

21 Patrick Milhe-Poutingon

Affirmer ses compétences

Comment surmonter le poids de la hiérarchie entre médecins et assistants sociaux.

22 Didier Ménard

La consultation de 19 heures

23 Anne Perraut Soliveres

Le temps qu'il faut

À l'université du temps, le malade enseigne aux soignants.

24 Marie-France Casellas

Taxinomie des sous-pauvres

Le catalogue du labyrinthe des aides pour les personnes handicapées.

27 2. Dangers et dérives

28 Elisabeth Maurel-Arrighi

Elle a peur

Elisabeth Pénide

Le logiciel

Elisabeth Pénide

Vendredi soir

29 Guillaume Le Carpentier

La patate chaude

Comment les médecins voient les problèmes sociaux pendant leurs études.

Yveline Frilay

La plateforme téléphonique

30 Jacqueline Maury

Actualité de la critique de Michel Foucault

Une sociologue éclaire les dérives de notre système de solidarité à la lumière des analyses de Michel Foucault.

33 Eric Waroquet

Au bord de la crise de nerfs

Un psychanalyste raconte les interrogations et les souffrances de travailleurs sociaux.

36 France Voquer

La crèche comme seule réponse

Une psychologue dénonce l'utilisation de la crèche pour pallier des problèmes sociaux.

38 Daniel Lemler

Psy de service

À quoi servent les psychologues à l'hôpital ?

40 Bruno Gayard et Patricia Gayard-Guégan

Nouveaux métiers du social : les enjeux

Les travailleurs sociaux sont-ils des agents de la classe dominante ?

43 Marie-Laurence Prieur

Aider ou exclure ?

Où l'on demande à des éducateurs en alcoologie de repérer les personnes « socialement inaptées ».

45 Isabelle Astier

La société biographique

Une sociologue présente son livre sur l'évolution du contrat social, le grand renversement de la dette sociale.

46 Patricia Gayard-Guégan

Mériter d'être aidée : à quel prix ?

47 3 Résister ensemble

48 Martine Devries

Ça soigne aussi

L'aide concrète au quotidien, c'est aussi du soin pour une généraliste.

50 Dominique Vilaine

Un vrai toit pour tous

Des assistantes sociales se mobilisent au côté d'usagers pour le droit au logement.

51 Christine Lebée et Frédérique Sabadie

Rencontre de quartier

Une démarche de santé originale qui rassemble les habitants d'un quartier.

53 Nathalie Victor et Patricia Gayard-Guégan

Ensemble à l'école

Une équipe de santé décide de faire « grève » de la prévention pour écouter les jeunes.

54 Didier Ménard

Séminaire à haut risque

55 Christiane Vollaire

Les ambivalences du social

Une philosophe propose face aux terminologies biaisées de la crise et de l'exclusion une repolitisation des enjeux sociaux.

59 Bruno Percebois

Résister ensemble contre la loi prévention de la délinquance

Des professionnels se mobilisent contre des lois qui renforcent le contrôle social.

62 Didier Ménard

Petit matin

Un généraliste en colère : l'arrestation de deux travailleuses sociales.

Communiqué de FTDA : La pénalisation du travail social n'est pas acceptable !

64 Marie-France Casellas

Usagers sous pression

Une assistante sociale en santé mentale évoque les exigences contradictoires de l'institution à l'endroit des usagers et des professionnels.

COURRIER DES LECTEURS

4 Françoise Ducos, **Pot de terre...** Philippe Huberlant, **Rencontre...**

IDÉES

6 Entretien avec Michèle Rivasi

Revenir à l'écologie politique

ACTU

68 Marie Kayser. **Les « franchises médicales » aujourd'hui, le « bouclier sanitaire » demain ?**

69 Marie Kayser. **Projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS 2008)**

70 Marie Kayser. **IGAS et programmes d'aide à l'observance**

70 Philippe Foucras. **L'information des généralistes sur le médicament**

72 Laure Van Wassenhove. **Adieu à une formation professionnelle conventionnelle de qualité ?**

74 Marie Kayser. **Soutien aux lanceurs d'alerte**

75 Marie Kayser. **Obésité infantile**

76 Marie-Blandine Basalo. **Alerte pour la médecine scolaire dans le 93**

76 Marie Kayser. **Limitations du droit au regroupement familial**

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

77 Pierre Valavitch

Quelle politique d'installation pour réduire les inégalités ?

COUP DE GUEULE

82 Bernard Senet

Face aux caisses : l'exaspération

BIG PHARMA

83 Jacques Richard

Généralistes : sauver des Rwandais ou sauver l'OMC ?

FORMATION

84 Marion Lamort-Bouché

Déclaration de liens d'intérêts

HÔPITAL

85 Bernard Senet

Long séjour : de courte durée

DÉMOCRATIE SANITAIRE

86 Jean-Pierre Lellouche

Vaccination antivariolique

REVUE DES REVUES

88 Jean-Pierre Lellouche

Autisme, le rôle des parents

NOUS AVONS LU ET VU POUR VOUS

90 Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir, comme *Le mythe du « trou » de la Sécurité* et ce trimestre, compte-rendu du film *Sicko*.

À propos de l'article
de Geneviève Barbier,
Pratiques n° 39

La lutte du pot de terre

Je suis tout à fait de l'avis de Geneviève Barbier et je trouve son papier très bien fait. Mais j'ai lu un ou deux bouquins de Séralini qui ont emporté ma conviction... car je n'ai rien d'une experte. Les lobbies sont à la fois juges et parties et envahissent tout le domaine de la recherche médicale et agroalimentaire. L'argent, le profit sont plus importants que la santé des humains.

Appartenant à un collectif d'éthique, je sais que c'est la lutte du « pot de terre contre le pot de fer »... avec parfois un « stop » aussi précaire inattendu.

Mais merci de continuer à dénoncer activement, scientifiquement et honnêtement ! ■

Françoise Ducos

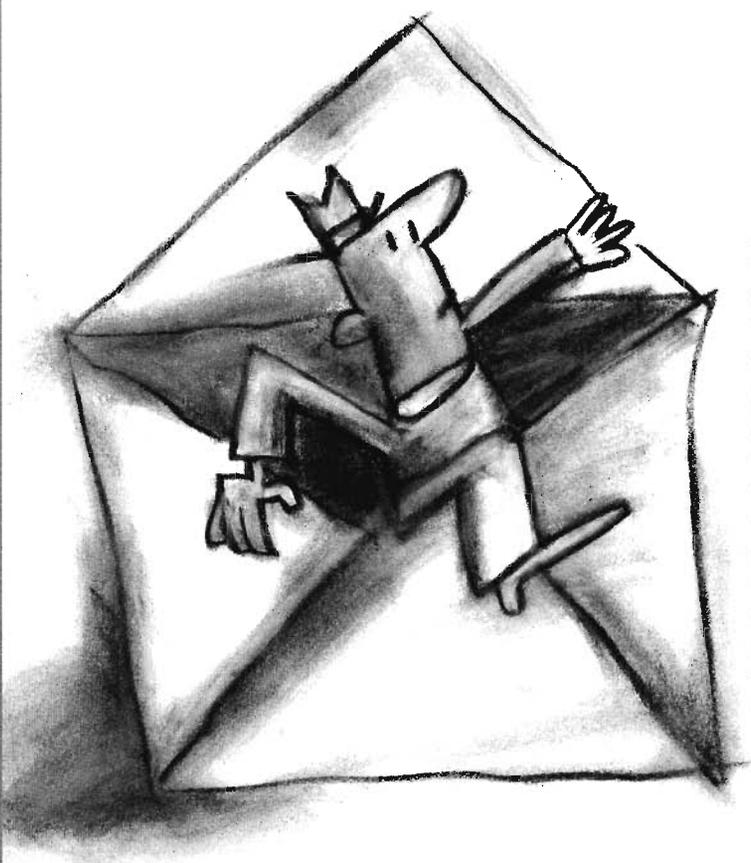
Le temps de la rencontre

(...) Je vous livre, moi aussi, quelques réflexions spontanées. Je ne connais pas bien votre revue dont je n'ai pu consulter que deux exemplaires (12 et 30). Je suis tout à fait d'accord avec vous : il y a beaucoup de choses qui devraient aller mieux dans la pratique d'une médecine globale. S'il faut souvent se battre pour éviter la routine et l'inertie, s'il faut parfois secouer le cocotier face aux diverses instances (médico scientifiques, politiques, socio-économiques – syndicats, patronat, institutions hospitalières, organismes mutualistes –

et l'industrie pharmaceutique), je pense que savoir contester, c'est aussi savoir s'arrêter sur ce qui a bien marché.

Tant de choses sont à critiquer et à changer, tant de projets à prévoir et à réaliser, tant de buts à atteindre... mais il y a aussi ce moment présent, tellement beau et intense parfois, qui a toute sa raison d'être : le temps de la rencontre avec l'autre... Nous connaissons tous, dans notre pratique, des moments difficiles et pénibles, mais nous connaissons tous aussi de merveilleux moments dans la rencontre avec notre patient, que nous soyons « acteur » ou simplement « spectateur », à degrés divers. Parfois quelque chose de « chouette » se passe alors que ce n'est pas prévu ni même imaginé. Nous avons tous vécu cela. Mais personne n'en parle... ou en parle trop peu. Un petit bout d'histoire, un moment présent, l'occasion de s'identifier quelque peu ou de se remémorer des moments vrais et intenses, l'occasion d'ouvrir une réflexion ou tout simplement se réjouir d'une rencontre vécue... ■

Philippe Huberlant



Où en sommes-nous ?

Après avoir connu un moment difficile, *Pratiques* a équilibré ses comptes en 2006/2007. Ce résultat est fragile, mais c'est un début. La revue a tenu : elle le doit à vous, lecteurs.

- **Vous avez souscrit**, à hauteur de 25 000 €, restaurant ainsi nos fonds propres.
- **Vos contacts** ont permis l'accroissement de 15 % de nos abonnements.
- **Vos parrainages** représentent près de la moitié de cet accroissement.
- **Les abonnements de soutien** à 110 € se sont multipliés.

D'autres actions ont procuré à la revue des économies, en travail, comme en frais postaux :

- Plus d'un tiers d'entre vous avez opté pour le **prélèvement automatique**.
- Près de 65 % d'entre nous avez communiqué votre **adresse électronique**.

Une bonne moitié du succès tient à vos actions ! Merci à tous !

Où allons-nous ?

Pour atteindre 1 500 abonnés fin 2008, nous comptons sur vous :

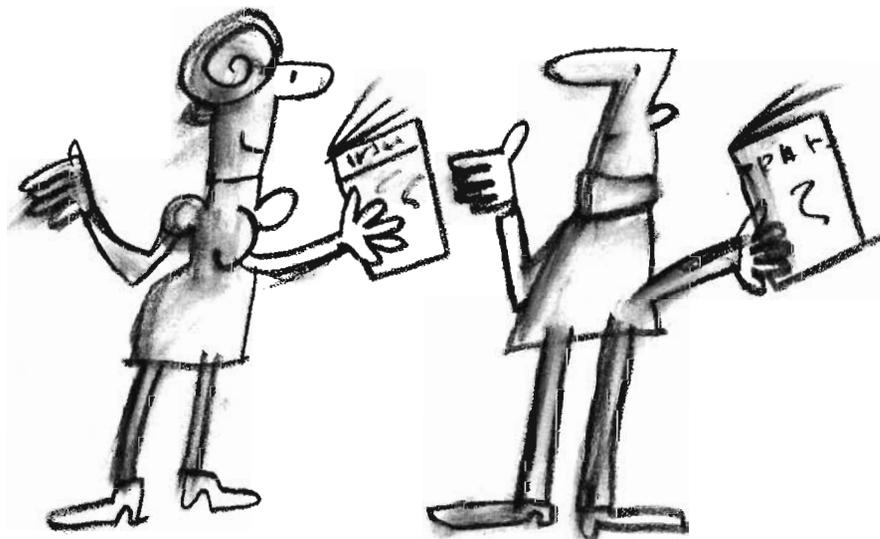
- **en premier lieu, parrainez vos proches, vos stagiaires...** (voir bulletin page 96)
- **aidez-nous à fidéliser vos filleuls** (*Pratiques* leur offre un numéro lors du réabonnement)
- **donnez-nous des contacts que nous prospecterons de votre part**

Quant à nous, notre combat se déplace sur le terrain de la notoriété de *Pratiques*.

Pratiques a déjà multiplié les rencontres, les émissions de radio, les interventions dans la presse, les interviews de personnalités. Élargir l'effort dans cette direction : la revue va s'y employer, en branchant son site Internet sur l'actualité.

Amis lecteurs, participez à cette ambition : réagissez aux innovations réalisées, écrivez-nous. Appuyez-vous sur ce projet pour convaincre ceux qui ont la malchance d'en encore nous ignorer !

Car, au-delà d'une réussite toute matérielle, l'enjeu demeure : mettre le service de santé à la portée de tous, contre un système qui dérive vers l'exclusion des plus pauvres.



Revenir à l'écologie politique

Entretien avec **Michèle Rivasi**

Michèle Rivasi est fondatrice et présidente du Centre de recherche et d'informations indépendantes sur les rayonnements électromagnétiques (Criirem) www.criirem.org, ex-députée de la Drôme.

Dans un pays qui rêve de croissance et de pouvoir d'achat, les promesses du « Grenelle de l'environnement » peuvent-elles tenir ?

Pratiques : *Vous avez été députée¹, chargée des questions liées à l'environnement, vous êtes créatrice et présidente du Criirem, qui alerte sur les conséquences des champs électromagnétiques, de la téléphonie mobile et des antennes-relais sur la santé. Quel regard portez-vous sur les conclusions du Grenelle de l'environnement ?*

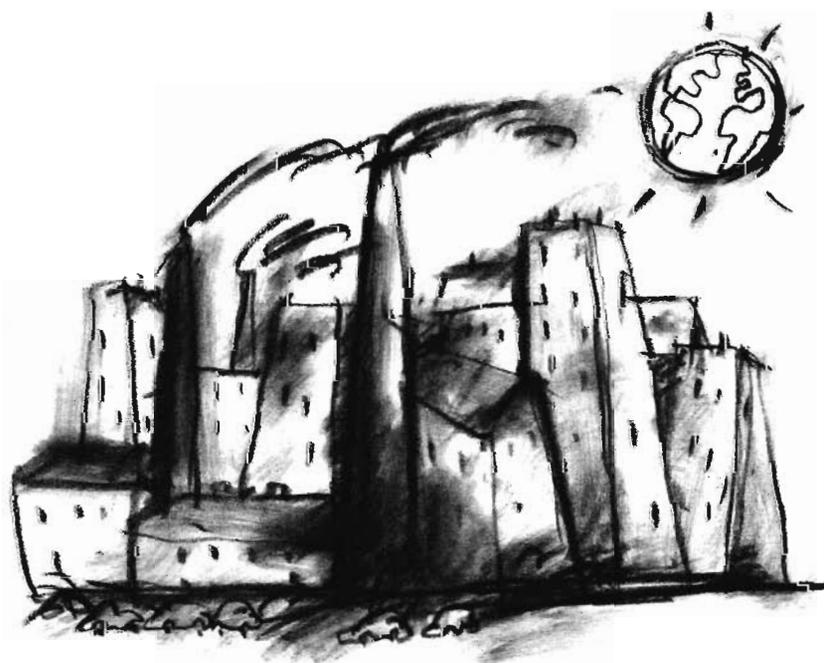
Michèle Rivasi : Cette première étape était un peu atypique dans le fonctionnement de nos institutions, puisque pour la première fois, il y avait une rencontre des différents partenaires : que ce soient les collectivités, les ONG, syndicats, patronat et l'État... il y a très peu de lieux où cet échange existe.

On connaît pourtant bien la perversité des commissions paritaires à la française...

Là, c'était différent, parce qu'il y avait cinq collègues qui ont échangé, confronté leurs points de vue, pour arriver à quatre ou cinq mesures prioritaires et ce type de fonctionnement, c'est vraiment nouveau. Il y avait un enjeu, le Grenelle de l'environnement. Il faut resituer le contexte : le candidat Sarkozy, noté 8,5/20 sur l'environnement –

très mauvais résultat ! –, le fait que soixante-dix associations, dont les plus importantes WWF, Greenpeace, les Amis de la Terre, se soient fédérées sous le sigle de l'Alliance, a constitué un rapport de force nouveau. Enfin, Nicolas Hulot avait fait signer sa charte pour l'environnement à tous les candidats à la présidence. Tout cela a contribué à ce que l'environnement devienne un problème politique et, pour le président Nicolas Sarkozy, cela entachait son image et donc sa volonté d'exister sur le plan européen et international. Le calendrier a été très serré et le timing trop rapide, toutefois les ONG avaient depuis très longtemps travaillé, elles ont pu apporter des propositions d'experts, alors que habituellement les avis sont donnés par des hauts fonctionnaires, issus des corps des mines, des Ponts, c'est-à-dire des administratifs qui sont là pour reproduire, « cloner » ce qui a toujours été fait.

Et, en fin de course, les ONG ont été surprises de voir que le discours de Nicolas Sarkozy reprenait toute une série de propositions : suspension de la culture commerciale des OGM, maintien du principe de précaution, malgré les recommandations de la commission Attali, le principe d'un repas par semaine issu de l'agriculture biologique dans les



cantines scolaires, taxe sur les véhicules neufs les plus polluants, responsabilité juridique des pollueurs, multiplication par cinq des crédits consacrés à la veille environnementale, réhabilitation des bâtiments anciens et isolation obligatoire de toutes les nouvelles constructions.

Ça, c'est une première étape. Mais pour moi, le Grenelle commence maintenant. Il faut que les citoyens s'approprient ces mesures pour qu'elles deviennent réalité.

Il faut que tout cela passe à l'Assemblée...

Voilà le problème ! Ayant été députée, je peux vous dire que certains collègues sont loin des engagements pris et ne fonctionnent que sur le court terme, le « grenellement électoral » !

La deuxième étape sera de convaincre les parlementaires d'aller dans le même sens, quels que soient les partis politiques. Donc, quand je dis que le Grenelle, véritablement, dans l'esprit de 68, commence maintenant, c'est qu'il faut que les citoyens se réapproprient toutes ces mesures et exigent de leurs députés qu'ils concrétisent par des lois les orientations prises.

Les députés ne veulent surtout pas toucher aux lobbies, ni irriter les électeurs en critiquant leur quotidien « conservateur ». J'intervenais récemment à Calvi où je disais, comme Gramsci : « J'ai le pessimisme de l'intelligence et l'optimisme de la volonté ». Pour le pessimisme de l'intelligence, on a beaucoup de parlementaires autistes de l'environnement, des lobbies très forts, des mesures « grenellement incompatibles » édictées par le gouvernement Sarkozy, comme l'EPR², la fermeture des gares fret, la suppression de tout ce qui n'est pas rentable, la construction de contournements autoroutiers, le développement de transports aériens *low-cost*, tout cela va à l'encontre du développement durable ! Et puis il y a l'optimisme de la volonté : le travail et la mobilisation des ONG et la sensibilité croissante des citoyens.

Justement, on sait que le Grenelle, contrairement à 68, n'est pas issu de la colère de la population. La France n'a pas été paralysée par les manifestations pour l'environnement ! Deux jours avant les conclusions du Grenelle, on apprend que le SMIC ne sera plus réévalué sur le coût de la vie, mais par un « comité d'experts », que les produits chimiques interdits pour l'usage domestique seront toujours manipulés par les salariés... Le social est-il sacrifié à l'écologie ?

Il faut revenir à l'écologie politique, et cela dépasse les ONG. Les ONG ont fait un boulot remarquable, mais elles n'ont pas ou peu inclus le social. Quand je parle de la deuxième étape du

Grenelle, qui doit commencer maintenant, c'est d'un Grenelle socio-environnemental qu'il s'agit : il faut se bagarrer pour la qualité de l'eau, mais pour l'eau en tant que bien public, et se réapproprier la gestion de l'eau. Il faut se bagarrer pour les économies d'énergies et une nouvelle approche de l'urbanisme. À Calvi, il y avait un discours des employés de La Poste qui déclaraient : « La Poste fait du développement durable, elle a des voitures qui consomment moins... » Mais je leur ai demandé en quoi, quand on ferme tous les bureaux de poste de proximité, c'est du développement durable ? « Ce n'est pas rentable », disent-ils, mais pour qui ? Mais si, dans un petit village, les personnes âgées ne peuvent plus déposer leurs chèques et qu'elles vont devoir prendre un taxi... ça a été calculé : pour 1 000 habitants, cela fait 40 000 km par an, c'est-à-dire le tour de la Terre ! C'est ça, le développement durable de La Poste ? Leur stratégie est de limiter les heures d'ouverture des bureaux de poste pour ensuite constater que de moins en moins de personnes viennent, ce qui leur donne un bon argument pour fermer définitivement.

Pour l'énergie, le gouvernement vient de privatiser EDF et GDF, et il ne va pas revenir en arrière, pourtant la privatisation n'a pas fait l'unanimité, même dans les rangs de l'UMP.

Ils ont tellement peur pour l'avenir du nucléaire ! La politique libérale de Sarkozy est en train d'enrichir le privé en lui vendant des parts du nucléaire (projet de Bouygues) qui a été financé par des deniers publics et en déléguant toute la responsabilité des politiques énergétiques au privé. L'énergie devient une marchandise, comme l'eau : c'est quand même un problème !

Comme j'ai eu des responsabilités politiques et au niveau d'associations et d'ONG, je vois bien comment ça fonctionne. J'ai dit aux ONG de ne pas se réjouir trop vite du discours de Sarkozy. Chaque ONG a son territoire de prédilection, or le développement durable est une vision globale et systémique. On ne pourra changer nos comportements qu'en globalisant nos politiques articulées sur la sobriété, l'efficacité énergétique et les énergies renouvelables. Si on développe seulement un écobusiness, cela va pénaliser les populations les plus précaires.

Le Grenelle prévoit d'ailleurs d'augmenter les taxes écologiques et de diminuer les taxes sur le travail.

Mais bien sûr, c'est très inquiétant ! On ne peut pas faire que de l'environnement sans tenir compte de la dimension sociale. Pour revenir à

.../...

.../...

Sarkozy, Patrick Viveret, qui s'est beaucoup intéressé à la compréhension des phénomènes humains, me disait que tout individu est à la recherche de quatre polarités : la puissance, l'argent, l'amour et le sens. Son analyse, c'est que Sarkozy est un insatisfait permanent. Il voulait être président de la République, il l'est ; les deux axes, puissance et richesse, il les a. L'amour, non (mais il l'a bien cherché !) Alors, comment gravir les échelons ? Il ne peut pas être président du monde. Et à la question « Est-ce que je peux exister internationalement », il répond par l'action sur l'environnement. En reprenant les propositions des ONG, je pense qu'il a voulu donner un sens à ce qu'il fait.

Ça, c'est peut-être l'optimisme. Mais jusqu'où peut aller le volontarisme d'un chef d'Etat qui veut se donner de l'ampleur : dire qu'il a fait le Grenelle de l'environnement ?

Je ne sais pas si vous avez vu la proposition de Balladur au moment où se discutait le projet de révision de la constitution ? C'est le président de la République qui va définir la politique de la Nation. C'est incroyable cette phrase ! Et le gouvernement suivra la politique définie par le président. Sous couvert de dire non au cumul des mandats, d'introduire la proportionnelle, on est en train d'asseoir le pouvoir de... Bonaparte !

Mais cela ne va pas se décider comme ça, ce n'est pas voté... ?

C'est une modification de la Constitution, qui doit donc être votée par le Congrès (l'ensemble des députés et des sénateurs) ; cela se passe à Versailles ; il faut l'accord du Congrès avec 2/3 des voix ; même si vous avez la majorité, cela peut ne pas suffire... Mais un Congrès, cela se manipule complètement. L'UMP y est majoritaire ; au Sénat, il est majoritaire. Il faut qu'il arrive à convaincre le PS qu'au moins un tiers d'entre eux vote pour cela, et ils vont les « acheter » contre la promesse de mettre un peu de proportionnelle. C'est comme ça que ça se passe. Le traité constitutionnel, si Fabius dit que c'est inadmissible de le voter en Congrès, c'est parce qu'il sait très bien comment on manipule un Congrès. Ils vont le dealer par davantage de proportionnelle, et le PS saura qu'il gagne tant de sièges.

Quelle est à votre avis la responsabilité des professionnels de santé sur la question des pathologies liées à l'environnement ?

Je trouve que le corps médical n'est pas assez offensif sur les pathologies émergentes comme si le fait de les dénoncer allait les discréditer aux yeux de leurs pairs. Ils ne veulent pas aller dans l'arène politique ni dans l'arène médiatique. Regardez ce qui c'est passé pour l'amiante, il y avait des médecins qui siégeaient au sein d'une commission qui avait en charge d'évaluer les risques de l'amiante. Les médecins connaissaient le problème, mais ils ne se sont pas manifestés auprès des journalistes pour dénoncer le système. Ils se sont contenté de dire : « Nous ne sommes pas majoritaires, mais nous refusons les décisions prises ». D'autre part, le lobby met en place des structures écrans qui mettent en doute les résultats des experts en disant que l'on n'a pas assez de recul et qu'il faut encore attendre. J'ai eu le même problème hier en discutant avec des urologues : ils n'ont jamais vu autant de malformations urogénitales chez les enfants. Mais très peu de médecins le dénoncent, car cela remettrait en cause les industriels de la chimie. En ce qui concerne les politiques, ils ne disposent pas d'outils critiques et de formation suffisants pour proposer des solutions alternatives crédibles. Ils ont délégué aux industriels l'avenir technologique et ils ne remettent pas en question le poids de la techno-science comme si celle-ci était porteuse du bien de l'humanité. L'optimisme d'un mieux être passera par la volonté politique et citoyenne de donner du sens au progrès et de mettre en place des contre-pouvoirs pour aiguillonner la société en proposant des solutions alternatives et une plus grande implication des différents partenaires. Il faut maintenant se servir de l'exemple du Grenelle de l'environnement pour mettre en place des outils efficaces pour la mise en application des objectifs annoncés. Cela passera par une mobilisation de la population qui devra être garante de la parole et des engagements de nos politiques. ■

Propos recueillis par **Geneviève Barbier**

1. Les Verts, puis PS de 1997 à 2002.
2. L'EPR est un réacteur nucléaire de la 3e génération commercialisé par AREVA, leader mondial de la conception et la construction de centrales nucléaires.

Les brancardiers de la République

« Les soignants sont-ils devenus des travailleurs sociaux ? » Cette réflexion nous est venue devant le retentissement croissant des difficultés sociales de nos patients sur leur santé. Nous avons rencontré nos collègues travailleurs sociaux. Eux aussi se sentent submergés par l'inscription des dysfonctionnements de la société dans le corps des personnes dont ils s'occupent.

Quels types de liens sont tissés entre ces deux métiers ? Ignorance ? Rivalité ? Complémentarité ? Même si ces métiers sont différents, les soignants et les travailleurs sociaux sont de plus en plus souvent amenés à travailler autour des mêmes problématiques. Dans ce numéro, ils réfléchissent ensemble à ce compagnonnage et à ce que la société attend d'eux.

Nous faisons l'hypothèse que soignants et travailleurs sociaux sont soumis aux mêmes injonctions contradictoires et aux mêmes dangers de dérive. Il s'agit aujourd'hui de faire face, ensemble, au risque accru d'instrumentalisation par les dérives sécuritaires ou gestionnaires qui menacent ces deux fonctions. Quand le gouvernement organise la délation, faisant fi du secret professionnel, voire passe les menottes aux travailleurs sociaux dans l'exercice de leur fonction, il est urgent de prendre clairement position.

Les soignants et travailleurs sociaux qui s'expriment ici défendent une certaine conception de leur travail. Pour eux, l'analyse politique des situations sociales est un préalable à leur travail au quotidien. Ils peuvent alors donner aux usagers des outils pour changer leur vie. De nombreuses initiatives fructueuses montrent ici et là qu'il est possible de résister à condition de rompre avec l'isolement ambiant. Pour résister durablement, il faut conjuguer nos efforts et nous opposer à la soi disant méritocratie qui individualise les parcours et rend chacun coupable des difficultés auxquelles il est confronté.

Une question traverse ce numéro : à quelles conditions est-il possible de mettre en place des pratiques collectives afin d'organiser la réappropriation, par les usagers, de leurs conditions de vie ? —

BR
E
D
O
S
S
I
E
R

Un engagement commun

Les travailleurs sociaux et les soignants ne font pas le même métier, mais dans la rencontre avec les personnes, qu'est-ce qui se joue de commun ou de complémentaire ?

Des professionnels du soin et du social témoignent de la posture qu'ils ont choisie, écoute bienveillante, prise en charge globale des personnes et absence de jugement.

Ils témoignent également de leur complémentarité dans les savoirs professionnels, depuis les parcours dans les labyrinthes des dispositifs sociaux jusqu'aux détails cliniques qui se manifestent dans les corps. Ensemble, ils racontent à quelles conditions chacun peut être au service des usagers dont il s'occupe. ■

Les assistantes sociales de mon enfance

■ **Françoise Ducos**, musicienne

Mais qu'avaient-elles de plus, les assistantes sociales de mon enfance ? C'était un premier cru, celui de l'après-guerre, on osait tout puisqu'il n'y avait rien ! Les assistantes sociales avaient des objectifs clairs : éradiquer la pauvreté, développer le logement social, travailler à la santé de tous. Leurs ambitions se sont traduites – au-delà de l'action sociale de prise en charge – par des projets : collaboration à la création de villes nouvelles (comme le Val de Reuil), implantation de lieux ouverts et de services sociaux dans les cités, création de PMI (un lieu d'accueil et de soin pour les femmes étrangères et plus particulièrement maghrébines), premières maisons pour les « filles-mères » (appellation d'époque)... Chez ces femmes flottait un parfum de pure vocation, un artisanat acharné et patient à la fois, aucune n'a songé à changer de métier. J'ai connu des femmes épuisées, mais fières de leur action. J'ai peur que ce ne soit plus le cas aujourd'hui. ■

Une vraie assistante sociale

■ **Patricia Guégan**, responsable de formation d'assistants de service social

Lorsque je travaillais en tant qu'assistante sociale dans un collège, je recevais régulièrement un monsieur qui rencontrait des problèmes avec son fils ado qu'il élevait seul : plus de communication si ce

n'est des disputes ou de grands silences, des rentrées tardives à la maison, beaucoup d'absentéisme au collège, des problèmes de comportement... Je recevais également son fils. Nous avons convenu qu'après ces échanges, je pourrai les voir ensemble. Ce monsieur était suivi par différents services sociaux pour le logement, l'insertion, des dettes...

Un jour, il me dit : « En fait, vous n'êtes pas une vraie assistante sociale ! » Je ris et lui demande la raison de ces propos. Il ajoute : « Eh bien, cela fait la sixième fois que l'on se voit, et on ne fait que parler, de moi et de mon fils, et vous ne m'avez pas encore demandé un papier administratif, les autres elles me demandent tout de suite mes papiers avant de parler ! »

Je reprends parfois cet exemple avec les étudiants futurs assistants sociaux dans la question de la rencontre avec l'Autre, l'empathie et l'écoute... la relation d'aide tout simplement... et la prise en compte du temps de chacun pour pouvoir se dire et se raconter. ■

Quand misère et ignorance se conjuguent...

■ **Anne Perraut Soliveres**, cadre supérieur infirmier de nuit, chercheur en sciences de l'éducation

Kadidja est née au Tchad il y a quarante-cinq ans. Elle est arrivée en France en 1992 munie d'un visa de tourisme avec son mari qui l'a abandonnée. Sa séropositivité a été déclarée en 1998, depuis, elle a obtenu une carte de séjour pour soins. Elle a quatre enfants de pères différents et absents. L'aînée, âgée de trente ans, est restée au Tchad, elle est séronégative. Le second est VIH +, les deux dernières filles sont également contaminées. C'est la méconnaissance de la maladie, l'absence de traitement antirétroviral et la difficulté d'accès aux soins qui sont à l'origine des trois nouvelles contaminations. Pour la quatrième, elle a accouché seule chez elle (en France) et s'est rendue ensuite en bus à l'hôpital. Elle fait suivre correctement ses trois enfants, mais néglige son propre traitement. Après plus de trois mois de prise en charge à l'hôpital, où elle a repris six kilos et retrouvé le goût de se battre, il a fallu lui trouver un hébergement sans lequel il lui serait impossible de poursuivre son traitement. En instituant une psychothérapie et un traitement antidépresseur, il a été possible de mettre en place une consultation d'observance à domicile et de renouer avec le service référent. ■

La médecine générale dans tous ses états...

Une généraliste évoque les multiples stratégies concrètes d'ordre social qu'elle utilise pour pouvoir mettre en place les soins des patients en grande précarité.

Elisabeth Pénide, médecin généraliste

Dans les quartiers accueillant un grand nombre de personnes en difficultés sociales, les médecins sont amenés à soigner une population qui cumule toutes les précarités : des revenus insuffisants, de bas salaires, des revenus sous tutelle ou chômage, des difficultés avec la langue, des situations d'exclusion culturelle, un mauvais état de santé, un environnement inhospitalier... Nous pratiquons la médecine au sens propre du terme, nous faisons de la médecine de campagne aux abords d'une grande ville : dans la cité, il n'y a pas de spécialiste

en dehors de la PMI. Les différences sociales de santé ne sont pas un vain mot : les classes sociales du bas de l'échelle sont plus malades et meurent plus jeunes que les cadres et professions libérales. Nous constatons sur nos TSAP¹ des pourcentages nettement plus élevés d'ALD² et un profil d'âge de population qui s'amenuise à partir de soixante ans...

Mais dans ce contexte, soigner implique d'autres connaissances que nous n'apprenons pas

sur les bancs de la faculté. Une des premières conditions d'accès aux soins est liée au tiers-payant : fort heureusement, en Alsace, cette pratique a toujours cours. Elle a le double avantage de ne faire « déboursier » au patient que 2,20 € (6,60 € dans le reste de la France), et d'éviter la tentation pour certains de « dévaliser » le médecin de sa caisse. Il semble que nos responsables politiques ne peuvent pas se figurer ce que c'est

que de vivre avec un « revenu minimum vieillesse ou une Allocation Adulte Handicapé (tous deux 621 €), pire encore avec le RMI (425 €), comment avec des sommes aussi dérisoires payer un loyer, faire des courses ». Comment les membres d'une famille au sens large se partagent les bonnes adresses, et vont chercher la lessive à tel endroit pendant qu'une autre cherche les fruits, mais pas les plus chers, les plus courants, à tel autre... Même pour des familles disposant de revenus dépassant de 15 % le seuil de la CMU, seul cadre légal pour appliquer le tiers-payant, payer une consultation à 22 € est quasiment impossible, et heureusement certaines Caisses de Sécurité sociale acceptent le tiers-payant au-delà de ce seuil...

Mais la pratique a son revers de contraintes pour le professionnel médecin qui doit contrôler ses remboursements, ce qui explique que peu acceptent encore de le faire quand, en dehors des erreurs de la Caisse de Sécurité sociale qui pénalisent le professionnel, l'absence de déclaration de médecin traitant par le patient sanctionne celui-ci également...

Cette précarité sociale explique pourquoi, lorsque nous sommes amenés à adresser une personne à un confrère, nous ferons notre choix non seulement en fonction de la compétence du spécialiste, mais aussi en fonction de ses exigences en matière d'honoraires, de pratique du tiers-payant, de son accueil, de sa capacité d'adaptation à la différence... De ce fait, nous nous intéressons aux conditions financières de nos patients : s'ils disposent d'une mutuelle, s'ils peuvent faire l'avance des frais, et aussi s'ils peuvent bénéficier d'un

« Nos politiques ne peuvent pas se figurer ce que c'est que de vivre avec un "revenu minimum vieillesse". »

« crédit d'impôt » pour l'achat d'une mutuelle, s'ils connaissent leurs droits... Une même démarche diagnostique conduira à des attitudes différentes selon les moyens de la personne : celle-là ira chez un spécialiste en ville parce qu'elle dispose de la CMU, alors qu'une autre sans mutuelle sera adressée en consultation à la polyclinique de l'hôpital, parfois chez un vacataire libéral qui consulte une fois par semaine et que l'on connaît bien. C'est souvent nous qui sommes amenés à prendre rendez-vous, ne serait-ce que pour pouvoir faire le choix entre consultations privées ou « consultations publiques », certains s'imaginant que consultation publique signifie une consultation devant un amphithéâtre... Et dans de nombreux cas, prendre rendez-vous pour un examen est une démarche tellement difficile, parfois insurmontable.

Diagnostiquer, soigner, implique une certaine compliance de la personne qui doit accepter de faire des examens, de prendre des traitements, ce qui est encore plus difficile lorsque la personne n'a pas accès à nos codes culturels... Si cette compliance est tout aussi importante quel que soit le lieu de soin, elle nécessite une véritable reconnaissance de la différence chez le professionnel. Trouver des explications imagées adéquates, adapter un régime en fonction des mets habituels, faire avec les croyances, etc., exige une grande plasticité... Savoir expliquer une adresse à un gitan illettré, savoir prévenir de ce à quoi la personne va être soumise, ce qui va se passer, tout cela en termes simples et imagés... sans compter la réelle difficulté à consulter avec un traducteur improvisé, parfois les enfants des patients qui sont mis dans des situations difficiles, et pourtant il faut faire avec !

Mais il n'y a pas que la compliance, nous aussi devons faire un effort pour comprendre, au-delà des représentations sociales et culturelles de la maladie, les conditions de son expression. Nous devons non seulement prendre en compte la santé physique des patients, mais nous intéresser à leurs conditions de vie et d'existence, source d'angoisse et de mal-être pouvant influencer sur leur santé physique et mentale. Lorsqu'une famille se trouve logée dans un trois-pièces pour six personnes par les effets des naissances multiples, que les HLM ne leur donnent pas plus grand, car leurs revenus ne leur permettraient pas de payer un appartement à la mesure définie pour leur famille (sept pièces)... Quand une personne insuffisante respiratoire sous oxygène habite au quatrième étage sans ascenseur d'un immeuble et qu'elle ne peut pas faire un pas dehors, car il faut à chaque fois que ses fils la portent pour descendre et monter... Une autre encore subit la violence de ses voisins et vit

dans la crainte de voir un de ses enfants se faire agresser...

Les certificats obtenus sont habituellement sans aucun effet, mais permettent à la personne d'être écoutée et reconnue dans sa légitimité. Mais souvent les personnes ne s'aperçoivent de la violence de leurs conditions de vie et des effets sur leur santé qu'à l'occasion d'un déménagement hors du quartier, et se demandent après comment ils ont pu supporter cela aussi longtemps...

La précarité sociale peut entraîner une fragilité psychologique à laquelle nous devons faire face. Certaines familles commencent leur mois en remboursant les dettes du mois précédent et sont donc perpétuellement à court d'argent... Ce n'est pas sans répercussions ! Beaucoup de mal-être sont majorés par toutes ces situations. Sans compter les personnes qui déclarent une véritable pathologie psychosomatique, voir psychopathologique... La population d'origine immigrée présente une vulnérabilité particulière : certains, entre deux cultures, peuvent malheureusement révéler brutalement une décompensation psychiatrique... De plus, les malades psychiatriques ne trouvent souvent à se réinsérer que dans ces quartiers qui, quoiqu'on en dise, tolèrent tant bien que mal la différence. Nous devons travailler en coordination avec le secteur psychiatrique.

Quelle que soit la situation de fragilité, psychologique, sociale ou physique, elle implique, pour tous les professionnels du milieu social ou médical ou paramédical, d'apprendre à travailler en réseau : cette pratique s'impose devant la complexité des situations qui obligent à utiliser des compétences reconnues de chacun. Lorsqu'une aide soignante appelle pour signaler la dégradation de la personne dont elle s'occupe, je sais qu'il y a urgence à y aller. Lorsque l'infirmière demande un avis, c'est de la confrontation de nos deux regards que peut émerger une solution... Les assistantes sociales nous sont d'un grand recours quand il s'agit de savoir quelle prestation sociale serait la plus avantageuse pour une personne à un moment de sa vie : pour savoir s'il faut refuser l'invalidité de 2^e catégorie que lui propose le médecin conseil qui serait une catastrophe financière pour elle, ou estimer si la mise en retraite est possible ou à retarder...

La reconnaissance des compétences de chacun exige d'apprendre à se connaître et donc de passer du temps à cette rencontre. Nos patients ne sont pas toujours capables d'effectuer des démarches administratives : elles sont souvent

« La précarité sociale peut entraîner une fragilité psychologique. »

.../...

.../...

inutilement compliquées, ils renoncent souvent par ignorance des formalités à accomplir. Il nous faut connaître les dispositifs dont ils peuvent bénéficier pour pouvoir ensuite les guider à travers ce labyrinthe et les orienter sur des professionnels compétents : pouvoir appeler un travailleur social et adresser la personne à une autre personne que nous connaissons, à qui nous pouvons confier le patient qui va se sentir en confiance, est aussi important que le fait d'adresser à un spécialiste nommé, décrit, expliqué.

« Connaître les dispositifs, ensuite les guider dans ce labyrinthe. »

Dans une fonction plus « administrative », nos certificats médicaux engagent la vie de nos patients : penser à faire le lien avec le travail dans une pathologie qui se déclare, un accident du travail ou une maladie reconnue et indemniée, sont des facteurs de dignité retrouvée et peuvent influencer le cours d'une vie et, par ricochet, toute une famille. Estimer dans le temps la capacité de reprendre un travail pour permettre une reprise dans les meilleures conditions, si

un mi-temps est nécessaire... Au pire des cas, solliciter une invalidité de 1^{re} catégorie, ou encore recourir à une allocation adulte handicapé... Il nous faut être en veille et savoir défendre les intérêts de nos patients. Parfois, nous devons même les accompagner chez l'expert, le médecin conseil ou de la MDPH³, le tribunal de contentieux de la Sécurité sociale, pour les soutenir face à des décisions pouvant être parfois un peu rapides et mal vécues. Un refus est mieux accepté accompagné, lorsqu'on a été défendu, que seul, avec l'impression d'être déjugé.

Nous sommes les seuls « notables » avec les pharmaciens présents sur le quartier, notre regard,

notre reconnaissance ont un poids envers la communauté. Accepter une invitation, partager un repas, même si les journées sont trop courtes, permet de rentrer dans une autre forme de réciprocité.

Quand des enfants imitent le médecin pour la joie de leurs parents, ils manifestent que d'autres images s'impriment en eux que celle du dealer qui tourne dans le quartier en grosse cylindrée. Dans ces quartiers de « no future », répondre à un adolescent qui nous sollicite pour l'aider à trouver un chemin dans les dédales des formations est un rôle peut-être pas de médecin, mais de citoyen. Aider des jeunes et moins jeunes à trouver leur chemin est toujours exaltant. Cette pratique est pleine de joie, joie d'entendre ce jeune de 24 ans lancer dans une cage d'escaliers « Docteur, j'ai arrêté le shit depuis un mois ! », ou d'épauler cette mère pour faire entrer ses filles dans un collège renommé, ou soutenir une jeune femme qui surmonte son handicap et retrouve goût à la vie, ou d'ouvrir des perspectives à ce jeune dans l'impasse...

Ou encore de voir deux de nos jeunes patients devenir bientôt nos « confrères » !... En même temps, malgré la désertion actuelle de la médecine générale par les jeunes générations, certains de nos étudiants en stage de troisième cycle de médecine au cabinet parfois se transcendent en découvrant un avenir possible, comme j'ai pu le faire il y a vingt ans, et sans aucun regret encore aujourd'hui. ■

1. TSAP : Tableau Statistique d'Activité Professionnelle fourni par la Caisse très régulièrement qui compare tous les paramètres de la clientèle par rapport à la moyenne de la région.

2. ALD : Affection de Longue Durée, prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale

3. MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées, anciennement nommée COTOREP.



Encaisser... jusqu'à quand ?

Quand on veut tuer son chien, on dit qu'il a la rage, quand on veut que les gens se tuent au travail, on dit qu'ils sont « fainéants ».

Patrick Dubreuil, médecin généraliste

M^{elle} S. est apprentie dans le prêt-à-porter, elle est ressemblante à un mannequin, haute et longiligne. Elle rentre ce matin d'Espagne où elle a travaillé avec son patron : voyage en camion, épuisant. Le visage pâle, les yeux cernés, elle tousse et crache sale depuis dix jours, elle a perdu huit kilos : je lui découvre un foyer de pneumopathie infectieuse. Son patron ne l'a pas autorisée à consulter un médecin en Espagne, mais lui a donné des médicaments plutôt contre-indiqués en cas d'infection. M^{elle} S. se fait exploiter, elle le sait, mais elle encaisse, pour l'instant. Elle ne réclame que deux jours d'arrêt de travail puisque cette semaine, elle est en cours. Je lui suggère à bas mot de parler de sa situation de stage avec son enseignant et peut-être de changer de patron... Je crois que c'est dans son projet. En attendant, elle trinque...

M. R. est chauffeur poids lourd et refuse de s'arrêter alors qu'il a 40° C de fièvre et une infection ORL sévère. Je l'engueule. Il sait pourquoi, il risque un accident de la route, de se tuer ou de tuer quelqu'un. Les raisons de ne pas vouloir s'arrêter ? « Oh, si vous connaissiez mon patron ! » Je ne m'étends pas sur ses conditions de travail, il n'a pas envie d'en parler et je lis les journaux. Je lui fais un arrêt de travail de quelques jours. Je ne sais pas s'il le suivra. M. R. se fait exploiter, il le sait, mais la ferme, pour l'instant. Je lui suggère à bas mot d'aller voir un syndicat... et surtout de ne pas démissionner.

M^{me} A. est aide-soignante. Elle s'est fait opérer il y a six mois d'une hernie discale sur une sciatique compliquée. Mais elle est toujours obligée d'appeler une collègue pour faire les nombreuses tâches du service de soins de suite et de soins palliatifs où elle travaille, tellement elle souffre de son dos. Elle vient me voir pour la première fois, je ne la connais pas. Elle se trouve agressive avec ses collègues et, pire, avec les malades : elle ne se reconnaît plus. Tout s'accumule. Personne ne lui a dit

qu'elle pouvait déclarer une maladie professionnelle (MP). Personne ne l'a orientée sur un autre poste. Et pour cause, elle n'a jamais été convoquée par la médecine du travail depuis son embauche il y a deux ans. Elle est en pleurs, car elle a craqué aujourd'hui sur son lieu de travail. Elle a 34 ans et le dos bousillé. Je lui colle un arrêt de travail d'un mois dans le cadre d'une MP, l'adresse chez un psychiatre car elle pense se suicider. Je hais à ce moment-là la machine hospitalière criminelle qui produit ce genre de situations. M^{me} A., célibataire, sans enfants, se fait exploiter (les célibataires sans enfants sont les plus exploités à l'hôpital), mais le sait-elle, subissant la division du travail et prise dans les méandres de la culpabilité ? Je l'invite à se reposer, et surtout à ne pas démissionner, en attendant des jours meilleurs, mais elle a peur d'être mise en invalidité... à 34 ans. D'un autre côté, elle sait qu'elle ne peut plus continuer à souffrir comme cela...

Je pourrais multiplier les exemples... mais je commence à douter de mes capacités de persuasion ou bien il faut croire que la propagande néolibérale fonctionne bien. En effet, il est fréquent que des patients que je mets en arrêt maladie simple ou dans le cadre d'un AT/MP¹ ne respectent pas l'arrêt et reprennent le travail, malades. Je les revois plus tard car ils se sont aggravés et ne peuvent plus travailler, parfois ce sont leurs employeurs qui les obligent à se soigner... De la servitude volontaire²...

« Des patients que je mets en arrêt ne respectent pas l'arrêt et reprennent le travail, malades. »

.../...

Nous le constatons, depuis la loi de réforme de l'Assurance maladie d'août 2004, ce qui domine, c'est la chasse aux arrêts de travail et la culpabilisation des malades...Ceux qui parlent d'arrêt de « complaisance » ne connaissent pas la médecine générale, M. Hirsch par exemple³. Celui-ci estime que les indemnités journalières (IJ) sont un « coût élevé et source d'abus et d'inégalités ». Par une formule de stigmatisation à peine voilée, il pense que ce système « soumet les médecins, notamment les généralistes, à une pression très vive de la part de leur patients » (sous-entendu « les fainéants qui ne veulent pas bosser »). C'est pourquoi, M. Hirsch propose de créer un « mécanisme original d'un premier jour d'IJ avec franchise d'ordre public... non pris en charge, ni par l'employeur dans le cadre des conventions collectives, ni par une assurance complémentaire ». Il propose aussi de remplacer les jours d'arrêt de travail (maladie) en jours de « RTT »⁴, ce qui est un déni du droit d'être en arrêt pour maladie. En plus, M. Hirsch oublie de signaler le montant des sommes que doivent les employeurs au régime général de la Sécurité sociale au titre des AT/MP non déclarés comme tels et pris en charge par la branche maladie du régime général⁵.

Une des mesures du PLFSS⁶ pour 2008 va plus loin, elle permet au médecin contrôleur désigné par un patron de suspendre la totalité des IJ. Exit les médecins conseils de l'Assurance maladie,

instrumentalisation, ou privatisation ? Les trois, mon capitaine. Pourquoi faire compliqué, comme M. Hirsch, quand on peut faire plus simple, comme les députés UMP le proposent ?

Ces mesures politiques portent en elles un déni total de la réalité de la santé au travail. Nous sommes, en tant que médecins généralistes, au pire méprisés, au mieux ignorés. Les patrons voyous et les tenants de la démarche qualité ou du management à l'américaine peuvent dormir tranquilles. L'impunité pour les exploités est de règle au pays de Sarkozy. Le peuple encaisse, pour l'instant, jusqu'à quand ? ■

1. Accident de Travail ou Maladie Professionnelle

2. Référence au *Discours de la servitude volontaire*, Etienne de La Boétie, écrivain français du XVI^e siècle, ami de Montaigne.

3. Ancien président d'Emmaüs, haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, depuis 2007, dans le gouvernement de M. Sarkozy.

4. Réduction du Temps de Travail, loi des 35 heures du gouvernement Jospin (1995-2002).

5. Ce coût ne peut être qu'estimé. Pour compenser cette dépense, la branche AT/MP, financée par les cotisations des employeurs, opère depuis 1997 un versement annuel à la branche maladie... dont le montant est voté dans la loi de financement de la Sécurité sociale : 330 millions d'euros pour les années 2003 à 2005, 410 millions d'euros pour l'année 2007, mais ces sommes sont probablement bien en deçà des sommes dépensées indûment par le régime général.

6. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

Échec et mat

Marie Epdine

Comme une bête en cage, il fait un va et vient incessant dans mon dos, du lit d'examen à la porte de mon bureau de 9 m² pendant que je rédige une ordonnance de Subutex®. Depuis quatre ans que je le connais, il promène sa rage contenue dans ce corps de 80 kilos, il fait peur à tout le monde, même à moi parfois. Il porte un nom maudit, sept de la génération précédente y ont laissé leur peau, morts jeunes de façon violente, un nom qui lui ferme tout espoir de travail et de logement. Sa mère est morte d'overdose alors qu'il avait quatre ans, sa grand-mère l'a élevé dans la rue. Il a mis tout son espoir dans une femme, un enfant. Mais l'alcool beaucoup, les médicaments aussi, la drogue accessoirement, ont tout gâché. Les quelques paroles dans ce petit bureau sont toujours très chargées. Aujourd'hui, il est triste et raconte son échec : sa femme partie, son enfant au loin, sa tentative de prise en charge dans un centre de méthadone sans suite... Sa seule réussite, c'est de n'être pas retourné en prison. À 35 ans, être logé chez un « copain » en caravane est une dégringolade. Au bout du compte, il finit par souhaiter le retour en prison.

Je ne suis qu'un fil ténu qui le relie à la société. Il n'existe aucun centre qui veuille bien l'aider et je ne peux que l'écouter sans aucune autre aide. ■

L'effet Matriochka

Comment soigner au mieux en prenant en compte le social et sans aggraver les choses ? Le suivi de grossesse en situation de précarité est exemplaire des choses à faire et à ne pas faire.

Elisabeth Maurel-Arrighi, médecin généraliste

Le suivi des femmes enceintes et la prévention de la prématurité attestent de cette intrication du social et du soin. S'occuper du social et des conditions de vie fait partie des soins médicaux nécessaires, indispensables, au même titre que l'attention aux symptômes dits « médicaux ». C'est même une clé du traitement.

La nécessité de l'accompagnement

En effet, une étude de la MIRE « Tombé du nid trop tôt »¹ auprès de femmes à risque de prématurité a identifié que les femmes migrantes entourées de leur famille ont moins de risques de prématurité que les femmes isolées françaises de même statut socio-économique. Cela confirme ce que nous savons tous, qu'il est plus facile d'accompagner son enfant quand on a été soi-même accompagné. En cas de carence d'accompagnement, l'hypothèse est alors de proposer aux soignants d'assurer cette enveloppe protectrice qui va aider au portage de la grossesse. En répondant à une femme en détresse, la médecine atteste à la femme qu'elle est précieuse, que son enfant l'est aussi.

« L'effet matriochka » devient alors un outil médical. Il se décline à différents niveaux.

Savoir prendre appui sur les différents intervenants, en n'oubliant personne, parmi les proches et les professionnels, le souvenir d'une mère au loin, la présence du père quand il est là, l'aide d'une amie, la chaleur d'une éducatrice rencontrée. Qui se réjouit pour cette femme de la venue de cet enfant ? C'est une question utile à se poser. En tout cas, pour celles qui sont isolées, la bienveillance du médecin en face d'elle fait office de bonne fée autour du berceau.

L'accompagnement passe aussi par la sollicitude sur les détails, d'un point de vue concret et symbolique, les éventuelles carences en fer, les vomissements de début de grossesse qui peuvent être si éprouvants, la facilitation de l'accès financier aux soins, etc. Il s'agit aussi de ne pas mésestimer le

poids de l'exil, des humiliations, de l'insécurité, de la peur même, du froid. Les chiffres montrent que les patientes en situation de précarité ont davantage de césariennes que les autres, mais on peut se demander si les conditions d'accouchement n'y sont pas pour quelque chose : je pense à l'histoire pathétique d'une patiente africaine qui a eu si froid en salle de travail que le travail a été ralenti et qu'elle a dû avoir une césarienne.

Le danger du rapt et de la stigmatisation

Pour les professionnels qui s'occupent du suivi de grossesse en situation de précarité, un débat existe, construire des filières spécifiques, ou donner les moyens d'accéder aux mêmes structures que les autres femmes.

L'hôpital, ou les structures spécialisées, sont tentés de kidnapper la patiente. Plus la patiente est précaire, plus cela risque de susciter des réactions inappropriées de la part des différents intervenants, mépris, méfiance, sentiment de toute-puissance où un des professionnels va s'investir comme seul capable d'aider la patiente, en rejetant les autres liens tissés auparavant. Pourtant, après l'accouchement, la mère et l'enfant auront besoin d'un suivi où tout le monde sera utile. Certaines structures hospitalières refusent de fait de s'occuper des femmes précaires en mettant des conditions de délais d'inscription tellement strictes que les femmes qui s'y prennent tard ne peuvent s'inscrire.

Parfois, au sein des réseaux périnatalité qui ont fait le choix d'accueillir pourtant ces femmes, de bonne foi, on croit que l'hôpital, c'est ce qu'il y a de mieux pour ces femmes, alors qu'elles pourraient avoir elles aussi « droit au luxe », au fromage et au dessert, à la fois à la sécurité de l'hôpital et à l'attention du suivi par un généraliste. ■

1. Hôpital Pitié-Salpêtrière (Inserm, Cnrs, DGS) 1993, B. Alexandre et N. Bizo-Kukucka, MIRE (Mission de la recherche, ex Mission Recherche Expérimentation).

Quand la bienveillance réunit le social et le médical

Et si soigner, c'était d'abord croire au potentiel de chacun ? Voilà ce que défendent une équipe de travailleurs sociaux et une généraliste.

Entretien avec les travailleurs sociaux de l'association Siloé, centre d'accueil pour toxicomanes, Sylvie Ray directrice, Jo Claret, éducatrice, Céline Rousseau, assistante sociale et une généraliste du quartier, Elisabeth Maurel-Arrighi qui travaille avec l'association.

Entretien avec l'association Siloé

Elisabeth Maurel-Arrighi : Pourriez-vous présenter votre structure ?

Sylvie Ray : Nous sommes un centre d'accueil de jour pour adultes toxicomanes, souvent en grande précarité, qui offrons un suivi avec une des trois intervenantes en entretien individuel, un lieu accueillant (salle commune avec café, douche, lave-linge, possibilité de domiciliation, d'avoir accès à Internet), et avec vingt-trois places d'hébergement dans le quartier (studios, hôtels).

À partir de notre expérience commune, vous qui êtes travailleurs sociaux et moi qui soigne comme médecin généraliste certaines personnes qui sont suivies chez vous, peut-on parler de convergences ?

Sylvie Ray : Chacun contribue au soin de la place qu'il occupe. De notre point de vue, celui de travailleurs dans le champ social, les gens ne peuvent accéder aux soins que s'ils sont stabilisés dans la vie, s'ils ont un endroit où se poser, si leurs problèmes administratifs sont réglés, s'ils peuvent acquérir une ouverture aux droits sociaux, notamment pour les plus précaires. Tant qu'on est dans l'errance, difficile d'accéder à un soin régulier. Dans l'urgence, le soin ne peut qu'être ponctuel.

Au-delà de ce préalable où il faut un minimum de sécurité pour envisager de se soigner, il me semble que veiller à la sécurité, c'est déjà du soin.

Sylvie Ray : Bien sûr, on est dans l'idée d'un réconfort, d'une restauration. On va aider quelqu'un à s'aimer un peu plus, à moins se malmener.

Pourriez-vous développer votre façon de travailler ? Il me semble que les notions d'empathie, d'écoute sont très importantes.

Sylvie Ray : Nous nous adressons à la personne globalement. Nous partons du principe que chaque personne a un potentiel. Certes la toxicomanie, la précarité sont là, mais au-delà, il y a un individu avec son histoire, des blessures, des mises en échec de toutes sortes, des drames, des incarcérations, mais aussi des possibilités. Et c'est sur ce potentiel qu'on va agir, pour revaloriser la personne, lui redonner confiance. Si elle accepte une relation suivie avec nous, cela crée un contrat moral où, d'emblée, nous avons envie de faire confiance, où une parole dite est une parole qui compte. Nous choisissons de ne pas mettre en doute ce qui est dit, même si parfois, nous savons qu'ils disent plus ou moins la vérité.

Jo Claret : Nous considérons qu'il faut travailler l'approche médicale. Au départ, les personnes sont souvent dans la tromperie avec les médecins. Ils ont l'habitude de médecins qui « délivrent des médicaments et rien d'autre », avec qui il ne se passe rien, rien d'un vrai rapport au médecin et au corps. Quand ils déboulent dans un cabinet, souvent, ils ne cherchent qu'une ordonnance. Ils mettent les médecins dans une blessure narcissique. Même si à

l'origine de la consommation de médicaments, il peut y avoir une justification médicale, les médecins peuvent être pris dans une escalade médicamenteuse, à prescrire toujours un produit en plus. Ils perçoivent l'inadaptation de la demande, l'inefficacité de la réponse et se trouvent à augmenter la posologie. Moi, je m'attache à leur décrire le rôle du médecin d'une autre façon. Le médecin peut prescrire un traitement de substitution, mais aussi les soigner pour leurs différents problèmes, faire le suivi gynécologique, s'occuper de nutrition, etc. De plus, ils développent beaucoup de pathologies directement liées au stress, à la mauvaise qualité de leur vie. Et les pathologies banales s'aggravent.

Sylvie Ray : Les gens qui ont des traitements lourds dus au virus VIH, ou aux hépatites, font parfois « des fenêtres thérapeutiques », ils arrêtent leurs traitements sans le dire au médecin, car c'est trop lourd. Notre travail est de réenclencher le soin.

Jo Claret : Nous nous intéressons de près au concret du soin, au même titre que du reste de leur vie. Ayant à faire à des patients toxicomanes, nous avons choisi d'avoir une réelle connaissance des produits, des médicaments, de leurs effets secondaires pour être proches d'eux, pour pouvoir entendre ce qu'ils nous disent de leur vécu.

Céline Rousseau : Nous n'idéalisons pas les médecins, ni le savoir médical. Pour nous, il n'y a pas hiérarchie, mais complémentarité. On veut la même chose pour la personne, qu'elle aille mieux. Nous n'avons pas de complexes vis-à-vis du médical.

Ces valeurs de base – vision globale, respect, confiance dans le potentiel des personnes – comment concrètement les mettre en œuvre ?

Sylvie Ray : Nous proposons un suivi personnalisé, en fonction des rencontres lors des premiers contacts. Ce sera toujours la même personne qui recevra celui qui vient demander de l'aide. Nous disposons d'outils d'évaluation, notamment la réunion de supervision une fois par semaine avec un psychanalyste, Edouardo Vera Campo. Nous pouvons alors exposer des situations qui font problème, afin de trouver les réponses les plus ajustées. Mais il ne s'agit pas de vouloir à la place des gens. Nous pouvons entendre que les gens ne veulent pas se réinsérer, qu'ils souhaitent rester en marge. Nous ne sommes pas dans une démarche de normalisation, nous cherchons à ce que les personnes soient dans la vie, plutôt que dans la survie. Il ne s'agit pas de désirer à leur place, ni d'aller plus vite que leur rythme. On propose quelque chose de très « contenant ».

Quand elles arrivent, ces personnes sont souvent seules, déprimées, avec des problèmes de précarité, des problèmes administratifs, des dettes qui les angoissent beaucoup, des histoires d'enfants placés et pas revus qui les mettent souvent dans de grandes culpabilités. Alors, on va démêler les choses avec eux, comme nous sommes reconnus comme lieu de domiciliation, on va ouvrir les courriers avec eux, régler les litiges. S'ils le souhaitent, nous les aidons à recréer des liens. Nous sommes un lieu où l'on accepte que les gens puissent régresser et se donner le temps de repartir tranquillement. Par exemple, en matière d'hébergement, on ne met pas nécessairement de limite. Cela dépendra de la façon dont les gens vont pouvoir réémerger. On s'adapte à leur rythme, au bout d'un moment, on travaille sur un relogement autonome.

Vous vous situez dans la durée.

Sylvie Ray : Il faut vraiment du temps pour que les gens arrivent à se sentir mieux, à y croire encore à nouveau. On ne sait pas ce qui est possible, mais on sait que quelque chose est possible. L'histoire, c'est qu'on va chercher ensemble.

La démarche que vous décrivez pourrait être aussi celle des médecins...

Sylvie Ray : Nous abordons énormément d'aspects de la vie des gens. Les médecins s'occupent du psychique et du somatique. Même s'ils se rendent compte que quelqu'un est dans la précarité, ils n'ont ni le temps, ni les moyens de s'occuper des problèmes sociaux de leurs patients.

Jo Claret : D'où l'intérêt de travailler en lien, dans le même esprit. On peut dire que ton cabinet, Elisabeth, est le prolongement de Siloé et que Siloé est le prolongement de ton cabinet. Il y a comme un cordon entre nous.

Les gens savent qu'on se fait confiance, qu'on est dans la même vision des choses.

Sylvie Ray : Nous sommes dans une position de bienveillance, exactement comme toi.

Comment arrivez-vous à continuer à travailler, dans le climat gestionnaire et sécuritaire actuel ?

Sylvie Ray : La loi de 2002 sur la réforme des prises en charge sociales et medicosociales induit une logique administrative très compliquée pour nous. Il faut rentrer dans les circulaires, et leurs cadres

« On ne sait pas ce qui est possible, mais on sait qu'il y a quelque chose de possible. »

.../...

.../... très étroits. Ce qui n'est pas facile pour nous. Les autorités de tutelles ne savaient pas où faire rentrer notre structure.

Notre structure est dans une sorte de précarité, nos moyens sont vraiment minimum. On nous demande de plus en plus de préciser ce que nous faisons, alors que nous partons de la personne. « Ça dépend », est une réponse que les tutelles ne veulent pas entendre. Il faut dire, expliciter nos critères d'admission, de suivi etc.

Céline Rousseau : Avec les nouvelles lois, la lisibilité est de plus en plus difficile. On a du mal à avoir un interlocuteur fiable. Selon les administrations, la caisse d'allocations familiales, les Assedic, les réponses diffèrent. Sans faire de paranoïa, il y a des papiers qui se perdent, il faut refaire 107 fois le même dossier. Auparavant, si les personnes ne rentraient pas tout à fait dans le cadre, on pouvait négocier. Cela devient de plus en plus difficile.

Sylvie Ray : Nous nous adressons à des gens qui ne rentrent pas dans des cases. Comment alors répondre au plus près ? Par exemple sur le logement, les structures sont aujourd'hui de plus en plus exigeantes sur les critères de ressources.

Et les questions de confidentialité entre nous et avec les institutions ?

Sylvie Ray : Nous avons une éthique professionnelle. Ce qui est dit reste dans la structure. On ne livre que ce qui a trait au travail en commun. On ne dit rien de ce qui a été livré en entretien individuel. Ce n'est pas trahir le secret que de te dire, à toi, médecin, qu'une personne est en manque de logement, ou que tu nous dises que quelqu'un prend un traitement de substitution, ou un traitement neuroleptique, ou doit être hospitalisé. Ce que tu nous dis comme médecin peut nous être utile pour aider nos interlocuteurs à monter leur dossier pour l'allocation d'adulte handicapé, ou pour la recherche d'un logement. Il se peut que quelqu'un ait besoin d'un réfrigérateur pour garder au frais un médicament, et cela nous concerne.

En clair, nous croyons au potentiel de chacun, à leur capacité de changement, et au fait de ne pas vouloir à leur place, mais de chercher ensemble des solutions aux difficultés qu'ils amènent. Pour se faire, nous avons besoin de partenaires, tels que des médecins dont les notions d'empathie et de bienveillance parlent. Car notre objectif est le même : soigner le corps et l'estime de soi. ■

« Chacun contribue au soin de la place qu'il occupe. »



Affirmer ses compétences

Face au pouvoir médical, un assistant social plaide pour que ses collègues arrêtent de limiter leurs missions à de simples renseignements administratifs.

Patrick Milhe-Poutingon, assistant de service social

Au début du xx^e siècle, pour épauler l'action des médecins et tenter d'endiguer les fléaux sociaux (notamment la tuberculose et la syphilis), on va faire appel à des infirmières ayant une formation « sociale », les infirmières-visiteuses. Leur travail : aider et assister le médecin lors de ses visites, s'informer sur les conditions de vie des familles et conseiller des mesures d'hygiène. Cette imbrication du sanitaire et du social se traduira pendant plus de trente ans dans la formation des assistantes sociales. C'est seulement en 1968 que leur première année de formation n'est plus en tronc commun avec les infirmières.

Depuis, le médical et le social vivent une vie parallèle avec parfois des lieux de rencontre : le médico-social. Quelle place prennent-ils lors de la prise en charge d'un malade ?

Au gré des progrès de la médecine, cette place n'a pas toujours évolué dans le sens d'une meilleure collaboration. En effet, lorsque la médecine rencontre des difficultés pour soigner des maladies, elle délègue très rapidement au service social un rôle de premier plan, celui de gérer la « non guérison probable » avec le malade. Cela était vrai aux débuts de la tuberculose, mais aussi lors de l'apparition du Sida. C'est donc une place par défaut qui est laissée aux sociaux, à eux de faire avec, ou plutôt sans, et d'accompagner ces malades. Mais lorsque la science médicale retrouve sa toute-puissance, le social est relégué aux confins de l'administratif : accès aux droits (AME, CMU, 100 %...), aide financière... Il n'a plus la place d'exercer ce pourquoi il existe, sa finalité : « Améliorer les conditions de vie sur le plan social, sanitaire, familial, économique, culturel et professionnel. Développer les capacités des personnes à maintenir ou restaurer leur autonomie et faciliter leur place dans la société. Mener

avec eux toute action susceptible de prévenir ou de surmonter leurs difficultés »¹. On est loin des demandes d'aides financières ou des dossiers de 100 % !!

Des preuves ? Les services sociaux les plus impliqués dans la prise en charge des personnes malades sont ceux du secteur psychiatrique et des unités d'accompagnement en fin de vie.

Alors, à qui la faute de cette relégation du service social ? Pour ma part, je pense qu'une grande partie de cette déviance est due aux assistants sociaux eux-mêmes, à leur encadrement, à la méconnaissance du monde médical et administratif, de ce qui est constitutif du « travail social » et aux manques de moyens.

Il faut, dans un premier temps, que le « médico-social » redéfinisse clairement sa finalité dont les items ne sont pas exclusifs les uns des autres, mais bien au contraire inclusifs. Ne faire que de l'accès aux soins n'est pas en soi la finalité du service médico-social. C'est principalement le rôle des cadres de l'action médico-sociale de faire valoir la finalité du service social auprès de leurs institutions. Mais les assistants sociaux ont aussi leur part de responsabilité. C'est une solution de facilité que de réduire sa mission à la simple utilisation « d'outils ». C'est une forme de paresse intellectuelle, pour ma part j'appelle cela une faute, que de se complaire dans cette démarche réductrice de l'action médico-sociale sans en dénoncer les méfaits².

Il faut aussi que le corps médical et les « administratifs » appréhendent mieux la fonction du social. « On imagine mal les travailleurs sociaux remplacer, à la fois, l'ANPE, l'Office HLM, le ministère du Travail, celui de la Santé, la Délégation à la ville, les appareils d'État dans leur ensemble [...] Concrètement, cela signifie que le

« Réduire sa mission à la simple utilisation d'outils. »

.../...

.../...

travail social n'est impuissant que si l'on croit que son but est de résoudre le chômage, obtenir des logements, réformer l'école, empêcher la pulsion de mort, etc. [...] Le travail social n'a pas été mis en place pour résoudre les problèmes matériels de qui que ce soit. [...] Il intervient bien sur des conditions matérielles (logement, emploi, scolarité, etc.), mais ce n'est pas là sa cible principale, son but ultime, sa raison d'être. Sa cible n'est pas l'argent, mais le rapport à l'argent ; pas le logement, mais le rapport au logement, et ainsi de suite »³.

Pour exister en tant que partenaire reconnu et

respecté auprès du médical, il faut que le social commence par exister tout court. Il faut que les assistants sociaux soient plus volontaristes sur l'affirmation de leurs compétences, de leurs missions et finalités. Il existe un lien intrinsèque entre le médical et le social, entre le soin de santé et le soin social⁴. Il est dommage que certains médecins aient compris que le malade est une personne globale à prendre en compte (aspect médical, social, identitaire, professionnel...) et que les assistants sociaux l'aient trop souvent oublié en chemin, davantage centrés sur l'outil et les dispositifs. ■

1. In *Les répertoires des métiers du travail social*, 2004, Edité par le ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, le ministère de la Santé et de la protection sociale, le ministère de la Famille et de l'enfance.

2. « Quelle tentative néanmoins pour l'assistante sociale de se soumettre très simplement aux exigences de son employeur, même si elle sait qu'une saine technique de service social est le moyen privilégié pour une action réellement constructive et éducative », Ruth Libermann, Présidente de l'ANASS, en mars 1951.

3. Intervention de M. Saül Karsz (sociologue) à la Journée d'étude régionale, organisée à Blois, le 14 mars 1991, par PROMOFAP.

4. Lors d'une intervention, le 17 mars 1997, M^{me} Simone Veil, ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la santé et de la ville, indiquait « que l'insertion sociale doit être pensée comme une composante essentielle de la prise en charge des patients ». Cité par Jacques Houvier in *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Editions Frison-Roche, Paris 1995.

La consultation de 19 heures

IDidier Ménard, médecin généraliste

Ce soir, il y a théâtre, alors il vaudrait mieux ne pas finir trop tard. Chouette ! Il reste une personne dans la salle d'attente. Avec un peu de chance, j'aurai le temps de grignoter un petit quelque chose avant le spectacle.

« Bonjour madame X, que puis-je pour vous ? »

« Et bien docteur voilà, je ne comprends pas, j'ai mal nulle part, mais je suis très fatiguée. »

Je pressens que je ne vais pas manger. Deux possibilités s'offrent à moi : je fais un rapide examen clinique, je prescris un bilan biologique, on ne sait jamais ! Et un placebo pour l'asthénie et je fonce au théâtre. Ou je prends mon temps pour l'examen clinique, et je décèle cette fatigue tant sur le plan somatique que psychologique, sociale, et professionnel... et je ne vais pas au théâtre.

Le problème, c'est que l'on ne sait jamais si c'est maintenant que les choses vont se dire, si derrière cette fatigue ne se loge pas le véritable problème. Depuis des années que je vois cette dame, je sens qu'il y a un problème qui n'arrive pas à se dire.

J'ai construit ma relation autour de la possibilité pour elle de me dire un jour ce qui ne va pas. Si ce jour est ce soir, je n'ai pas le droit de la sacrifier... et une fois de plus, tant pis pour le théâtre. J'ai donc appris ce soir-là que cette dame est fortement endettée pour avoir soutenu financièrement sa fille confrontée à une séparation difficile. Les dettes de loyers existent et elle vit sous la menace de l'expulsion de son appartement. Son mari fait ce qu'il peut, mais elle pense qu'il lui en veut. On a donc décodé le sens cette fatigue et construit une réponse à cette problématique sociale, qui certes n'est pas de la compétence du docteur, mais il est quand même concerné, car c'est une authentique souffrance qui a conduit cette dame un soir au cabinet médical. Et comme j'ai la chance de travailler avec un réseau précarité, je ne suis pas démuné dans la réponse à apporter, et cela évite la médicalisation de son problème social.

Après tout, c'est cela aussi le théâtre de la vie. ■

Le temps qu'il faut...

Soigner nécessite la collaboration active du patient, qui doit trouver sa propre stratégie, des soignants à la recherche du meilleur angle d'attaque, de la société qui doit mettre des moyens à leur disposition...

Anne Perraut Soliveres, cadre supérieur infirmier de nuit, chercheur en sciences de l'éducation

Pour avoir envie de se soigner, il faut d'abord trouver un endroit où se poser et une équipe qui puisse entendre et reconnaître l'ensemble des facteurs qui ont favorisé l'émergence de la maladie, quels que soient son origine et son impact sur la vie des personnes. Pour pouvoir soigner ceux que les événements ont précarisés, il faudra alors que puissent s'accomplir un certain nombre de reconstructions qui passent par un travail patient de reconnaissance de la souffrance des personnes et de la mise en place d'aides ponctuelles, sans lesquelles on ne pourra pas obtenir de réponse satisfaisante aux traitements. Le temps est une composante essentielle de la prise en charge pour chacun des protagonistes. Les soignants doivent apprendre à entendre les multiples difficultés que rencontrent certains patients, dont la désocialisation est extrême, pour leur faire confiance. Ils doivent adapter l'information sur les traitements souvent complexes. Le patient doit bien comprendre les enjeux et les stratégies des différentes prises en charge par les soignants et assistants sociaux pour collaborer au projet thérapeutique et retrouver son autonomie.

Dans le traitement des patients sidéens toxico-manes, comme dans la prise en charge de la tuberculose, on a depuis longtemps constaté qu'en dehors d'une aide à la reconstruction d'une identité (personnelle, familiale et sociale), mise à mal par l'exclusion, il ne pouvait y avoir de réel espoir de mener à bien les traitements, longs et coûteux (antirétroviraux, en particulier, mais aussi les antituberculeux), dont l'abandon prématuré par les patients a permis l'émergence de formes nouvelles résistant aux traitements. Il y va par conséquent de l'intérêt de ces patients, mais également de l'ensemble des personnes risquant d'être contaminées, de chercher des modes de prise en charge qui optimisent les chances de guérison. C'est ce que le Centre Médical de Bligny pratique,

avec un succès remarquable, depuis plus d'un siècle dans la prise en charge de la tuberculose. Outre l'alphabétisation de patients, souvent d'origine étrangère, qui ont pu apprendre à lire et à écrire dans notre langue et à maîtriser l'informatique, la méthode consiste à les informer le plus largement possible de tous les aspects de leur pathologie et de leur traitement et des risques liés à leur comportement, mais aussi de leurs droits (et de leurs devoirs...). Le service

social les accompagne dans la normalisation de leur situation administrative (papiers perdus, voire jamais obtenus), recherche avec eux les aides auxquelles ils peuvent prétendre et des solutions pour leur sortie. Durant leur hospitalisation, des animateurs les encouragent à pratiquer diverses activités (poterie, vannerie, jeux de société...) qui leur réapprennent à vivre avec les

« Réapprendre à vivre avec les autres. »

autres tout en les occupant. Il s'agit pour l'ensemble de « l'équipe soignante » de s'adapter à leurs capacités, souvent réduites par la maladie, mais aussi par leur parcours dans la galère de la rue. L'échec thérapeutique en matière de traitements antirétroviraux est ainsi lié, non seulement aux contraintes et à la complexité des traitements et leurs effets secondaires, mais surtout aux situations de vulnérabilité, précarité et détresse psychologique. Ces patients nous ont appris à nous déplacer de notre point de vue rationnel scientifique pour comprendre que la relation de soin est d'abord apprivoisement mutuel. Il s'agit, bien davantage qu'éviter le pire, de permettre au patient de prendre le temps de se projeter. C'est au prix de ce temps de reconstruction que nous voyons doucement sortir les patients de situations médicales et psychiques désespérantes. ■

Anne Perraut Soliveres est l'auteur de *Infirmières, le savoir de la nuit*, PUF, 2001.

Taxinomie des « sous-pauvres »

L'exemple des personnes adultes handicapées

Dans notre pays d'égalité et de fraternité, les lois déclinent des différences de traitement selon que vous êtes victime de la maladie ou du handicap, et chaque cas particulier contient des subtilités... Il ne suffit pas d'être pauvre, il faut être très compétent...

Marie-France Casellas-Ménière, assistante sociale spécialisée

La majorité des personnes handicapées qui vivent actuellement avec l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), soit 621,27 € par mois, sont en dessous du seuil de pauvreté. Ce seuil, pour une personne seule selon la norme européenne, est de 817 € par mois (60 % du revenu médian) et selon l'ancienne norme française (50 % du revenu médian), il est de 681 € par mois (chiffres de l'INSEE pour 2005)¹. Pour une population de personnes adultes handicapées, dont le revenu mensuel varie de 0 € à 800,58 €, on trouve plusieurs dizaines de catégories de « sous-pauvres » selon la nature de leurs revenus, leur état de santé (hospitalisation, structures spécialisées), leur situation géographique, leurs tentatives d'insertion professionnelle, leur taux d'incapacité, leur vie privée, leur âge, la situation professionnelle de leurs parents.

Les personnes qui vivent de façon autonome

1. Un titulaire du RMI perçoit 440,86 €/mois, en fait 387,96 € après abattement du forfait logement pour ceux qui ne disposent pas de logement ou sont hébergés (pour deux titulaires du RMI qui vivent ensemble, c'est 608,39 €, soit 304,19 € par personne). Il a droit à la CMU complémentaire, à l'exonération des impôts locaux, à l'abonnement social du téléphone fixe (réduction de 4,26 € HT par mois).
2. Le titulaire du RMI, après soixante jours consécutifs d'hospitalisation, voit son allocation réduite : 193,98 €/mois, mais le forfait journalier de 16 €/jour et de 12 €/jour pour les hospitalisations psychiatriques est pris en charge par la CMU complémentaire.
3. Le titulaire de l'AAH perçoit 621,27 €. Il a droit à l'exonération des impôts locaux, de la taxe télévision, à l'abonnement social téléphonique, au transport RATP gratuit ou à demi tarif (voir ci-après). S'il est rattaché au foyer fiscal de ses parents, il n'aura pas droit à l'exonération de sa taxe d'habitation et aura les plus grandes difficultés à obtenir l'exonération de la taxe de télévision.
4. Le titulaire de l'AAH, à partir de deux mois d'hospitalisation, s'il paye une mutuelle, n'aura pas de réduction de son AAH. S'il a la CMUC, son AAH sera réduite de 70 %, il percevra alors 186,38 €/mois. Pour les personnes qui étaient hospitalisées au 1^{er} juillet 2005 et qui le sont encore, elles auront une réduction de 35 % de leur AAH, soit 403,82 €/mois.
5. Le titulaire de l'AAH qui se marie, vit en concubinage, se pasc ou partage la vie d'un partenaire qui gagne, par exemple, 1250 €/mois, aura 0 € d'AAH.
6. Le titulaire d'une pension d'invalidité complétée par l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI, ancien FSI et ancien FNS) a 621,27 €/mois. S'il ne veut pas demander cette ASI, car s'il est propriétaire, son bien sera hypothéqué, il aura, s'il n'a pas pu beaucoup travailler et avoir un bon salaire, la pension d'invalidité à son minimum, soit 255,30 €/mois.
7. Le titulaire de l'ASI sera exonéré de ses impôts locaux, mais il n'aura pas droit à l'abonnement social téléphonique.

8. Le titulaire d'une pension d'invalidité de 621,23 €/mois, c'est-à-dire sans ASI, lui n'aura droit ni à l'exonération des impôts locaux, ni à l'abonnement social téléphonique.
9. Le titulaire de l'AAH à taux plein et le titulaire de l'ASI qui a la carte d'invalidité (80 % de taux d'incapacité) aura droit, s'il bénéficie d'une aide au logement, à la majoration pour la vie autonome (MVA) de 103,63 €/mois, ce qui lui fera 724,90 €/mois. S'il est occupant à titre gratuit ou propriétaire de son logement, il n'aura pas droit à cette MVA.
10. Le titulaire de l'AAH à taux plein et le titulaire de l'ASI, s'il a la carte d'invalidité, s'il vit seul ou en couple et s'il a une capacité de travail inférieure à 5 % reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH ex COTOREP), pourra bénéficier du complément de ressources de 179,31 €/mois et atteindra les 800,58 €/mois (les fameux 80 % du SMIC, que les personnes handicapées, avec les effets d'annonce du gouvernement au moment du vote de la loi du 11 février 2007 sur les droits et l'égalité des chances des personnes handicapées, ont cru qu'elles allaient toutes percevoir).
11. Toutes ces personnes peuvent bénéficier d'une aide au logement, sauf celles qui louent à leur famille (père, mère, grand-père, grand-mère). En effet, même si la personne loue de façon tout à fait régulière, avec bail, déclaration fiscale des loyers..., le fait d'avoir ce lien de parenté fait obstacle au versement de l'allocation logement.

12. Pour une première demande, une personne qui aura eu une attribution « technique » d'allocation aux adultes handicapés par la CDAPH si, dans l'année précédant sa demande, elle a travaillé ne serait-ce que quelques jours, ne percevra pas d'AAH (c'est une nouvelle condition introduite par la loi du 11 février 2005). Il lui faudra attendre l'année d'après, si elle n'a eu aucun revenu d'activité professionnelle dans l'année, pour percevoir l'AAH. En attendant, si elle a 25 ans, elle pourra prétendre au RMI, si ce n'est pas le cas, cette personne reconnue avec un handicap suffisamment important pour justifier une attribution d'AAH, aura 0 € de ressources.

Les personnes qui vivent en établissement

1. Le titulaire de l'AAH ou de l'ASI (soit 621,27 €/mois de revenu), hébergé en foyer de vie ou en foyer d'accueil médicalisé, aura droit à un minimum « d'argent de poche » de 186,23 €/mois.
2. S'il est hébergé en maison de retraite, et s'il n'a pas été en structure spécialisée avant ou s'il n'a pas 80 % de taux d'incapacité, il aura 75 €/mois quand il atteindra l'âge de 60 ans.
3. Le titulaire de l'AAH ou de l'ASI hébergé en maison d'accueil spécialisée (MAS) aura 261,28 €/mois après paiement du forfait journalier.

Les domiciliations

1. Les titulaires d'une allocation aux adultes handicapés ou d'une pension d'invalidité de 2^e ou

.../...



.../...

3^e catégorie qui vivent depuis au moins trois ans à Paris peuvent bénéficier de l'allocation de la ville de Paris (montant variable) et d'une aide pour payer leur mutuelle.

2. Pour les personnes domiciliées en région parisienne, il y a sept règlements différents au niveau de la carte orange. Pour Paris, les titulaires de l'AAH et de l'ASI ont la gratuité. Pour le 77 : demi tarif pour les titulaires de la carte d'invalidité non imposables. Pour le 78 : demi tarif pour les titulaires de l'AAH ou d'une pension d'invalidité 1^{re} ou 2^e complétée par l'ASI. Pour le 91 : gratuité aux titulaires de l'AAH ou d'une pension d'invalidité 1^{re} ou 2^e complétée par l'ASI. Pour le 92 : gratuité aux titulaires de l'AAH et de l'ASI s'ils ont la carte d'invalidité. Pour le 93 : gratuité aux titulaires de l'AAH et d'une pension d'invalidité 2^e ou 3^e non imposable (rien en cas de 1^{re} catégorie). Pour le 94 : gratuité aux titulaires de l'AAH, de l'ASI sans activité professionnelle et non imposables. Pour le 95 : demi tarif aux titulaires de l'AAH ou d'une pension d'invalidité 2^e ou 3^e (rien en cas de 1^{re} catégorie).

La perception d'un produit d'assurance spécifique personne handicapée (rente survie et épargne handicap)

1. Pour les personnes titulaires de l'AAH, la rente survie ou l'épargne handicap s'ajoute à l'AAH.
2. Pour les titulaires de l'ASI, la rente survie et l'épargne handicap seront retranchées de cette allocation, mais ils pourront toucher une AAH différentielle en compensation de la diminution de l'ASI.
3. À 60 ans, les titulaires de l'AAH percevront l'allocation de solidarité aux personnes âgées

(ASPA), d'un montant de 621,27 €, les titulaires d'une pension d'invalidité percevront une retraite qui pourra être complétée par l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) jusqu'à 621,27 €. La rente survie et l'épargne handicap seront retranchées de cette allocation. Mais s'ils ont 80 % de taux d'incapacité, ils pourront toucher une AAH différentielle en compensation de la diminution de l'ASPA.

La situation professionnelle des parents

1. Les personnes handicapées qui ont un parent fonctionnaire (fonction publique civile et militaire) pourront, au décès de leur père ou de leur mère, et sous certaines conditions, bénéficier d'une partie de leur retraite (60 % quand il n'y a plus de conjoint bénéficiaire de la réversion). Si les deux parents étaient fonctionnaires, il y a cumul des deux 60 % de retraite.
2. Si les parents relèvent de régimes semi-publics, il y a aussi des reversions possibles, sous certaines conditions.
3. Si les parents relèvent de caisses particulières (médecins, avocats, géomètres...), il y a aussi des reversions possibles, sous certaines conditions.
4. Si les parents relèvent du régime général, il n'y a aucune réversion possible pour des enfants handicapés.
5. Si les parents bénéficient de retraites complémentaires (AGIRC, ARRCO), il y a aussi, sous certaines conditions, des reversions possibles.

Et on pourrait encore continuer... ■

1. Chiffres de l'INSEE mis en ligne et disponibles sur www.insee.fr à la rubrique « La France en fait et chiffres ».

Dangers et dérives

La colère est légitime quand on est travailleur social ou soignant et que les institutions nous demandent l'impossible, voire même l'inacceptable. Quels sont les dangers et les dérives qui menacent nos deux métiers ?

Face à la paupérisation d'une partie de la population, face à l'affaiblissement des valeurs de solidarité, d'entraide et d'assistance, face au démantèlement du service public, on demande aux professionnels, qu'ils soient médecins ou travailleurs sociaux, de gérer la pénurie et de répondre à des objectifs purement bureaucratiques.

Ils sont de plus en plus contraints à devenir agents du contrôle social, jusqu'à l'injonction de délation. Selon un double discours de l'administration, l'accès aux soins et aux dispositifs sociaux serait conditionné à la nécessité de rentrer dans des cases. Les usagers doivent donc montrer patte blanche pour mériter des aides.

Il y a, par conséquent, des peurs légitimes à aller voir l'assistante sociale ou le médecin... —

Elle a peur

Elisabeth Maurel-Arrighi, médecin généraliste

Les assistantes sociales, Nouria, elle en a peur, et les médecins aussi. Faut dire que personne ne l'a aidée quand son père est mort, quand elle avait six ans, et qu'elle est devenue le souffre-douleur de sa mère fatiguée d'élever seule ses enfants. À dix-sept ans, quand elle est partie de la maison, et s'est retrouvée enceinte, le père de son enfant s'est montré violent et, au lieu de la protéger, les services médico-sociaux lui ont pris l'enfant. Alors, bien sûr, ce fut l'effondrement, la toxicomanie, la galère. Je l'ai rencontrée dix ans après, enceinte d'un deuxième enfant, sous méthadone, sans domicile fixe. Là, cela s'est mieux passé, elle a été aidée. Mais parfois, elle a l'impression que certaines assistantes sociales ignorent les nouveaux dispositifs et lui donnent des conseils qui lui font perdre des droits auxquels elle a droit. Quand elle va à l'école de sa fille, elle ressent qu'on se méfie d'elle comme d'une mauvaise mère. La psychologue qu'elle a vue a dit qu'elle ne savait pas s'y prendre. On a même fait redoubler sa petite fille en maternelle et après on s'étonne qu'elle régresse. Comment puis-je aider le médecin scolaire, la psychologue, les services sociaux à imaginer qu'une enfant en situation de précarité soit vive, intelligente et qu'elle puisse s'ennuyer ? ■

Le logiciel

Elisabeth Pénide, médecin généraliste

C'est au décours des Journées de Printemps de *Pratiques* que j'ai appris l'importance du parcours professionnel de mes patients : j'essaie de le tenir à jour, car il n'est pas inutile de pouvoir faire le lien avec une pathologie qui se déclare, ou bien il peut aider à mesurer l'usure constatée... Mon logiciel médical, pour ne pas le nommer Hellodoc, n'a prévu aucune rubrique pour me permettre de répertorier tous ces éléments. Je l'ai signalé, mais pour l'instant cela n'a donné aucun effet, cela ne semble pas être encore un élément prioritaire dans la pratique de la médecine générale... Alors j'ai dû « bricoler » un paragraphe dans les antécédents médicaux... De même, la situation sociale me semble importante à signaler pour enjoindre mon correspondant à appliquer « le tact et la mesure » de l'application des tarifs de consultation, signalement malheureusement pas toujours efficace... ■

Vendredi soir

Elisabeth Pénide, médecin généraliste

C'est une famille berbère riche... Aujourd'hui l'aïeule est malade, enroulée dans sa couverture sur son lit, ses enfants sont assis par terre sur les tapis autour d'elle. Après l'examen, le traitement, les conseils, c'est l'heure du thé servi par le maître de maison : un jeune père de 30 ans qui en paraît 17. « Et alors pour Ahmed ? » m'enquiers-je... Ahmed est un petit bonhomme de deux ans et demi qui vient d'entrer à la maternelle et qui a eu le malheur de fuguer à plusieurs reprises pour retourner à la maison. S'y ajoute un climat de suspicion créé dans le quartier par le cas d'un petit garçon martyrisé par ses parents, et le fait qu'on a trouvé sur Djamel l'aîné de six ans, ce qui aurait pu être une brûlure et qui n'était autre que le traitement d'une verrue...

« Oh docteur, je les ai tous sur le dos maintenant : la psychologue, l'éducatrice, la protection de l'enfance, et cela pour un an ! » Le papa a dit cela avec un grand sourire, avec une sorte de fatalisme. Je comprends qu'ils sont maintenant fichés par les organismes sociaux, qu'un dossier restera ouvert sur cette famille tellement sympathique pour toute leur vie... Ahmed avait eu juste le tort de préférer la compagnie de sa grand-mère, de sa tante et de sa mère à la maison, au milieu étranger de l'école dont il ne possède pas encore bien la langue... Le papa conclut avec dérision : « Ils manquaient de travail tous ces gens-là ». ■

La patate chaude

Pendant la formation médicale initiale, à l'hôpital, les problèmes sociaux des patients sont totalement ignorés.

IGuillaume Lecarpentier, médecin généraliste

Comment ai-je entendu parler du « travail social » pendant mes études ?

Il était question de tutelle, de curatelle et de sauvegarde de justice dans un de nos nombreux cours. À l'hôpital, pendant l'externat, la grande visite du service permettait de mettre en exergue la différence de traitement entre les « vrais » malades et les « problèmes sociaux ». Puis, interne, je deviens plus actif dans la visite que je fais aux personnes hospitalisées et tente de cheminer avec chacun. Mais inéluctablement, lors de la grande visite hebdomadaire du chef de service, les chambres des « problèmes sociaux » subissent un traitement particulier et les personnes qui les occupent disparaissent dans le cloisonnement médico-social avec une sorte de fatalisme !

Monsieur J., 59 ans, SDF hospitalisé dans notre service, n'a jamais vu entrer dans sa chambre le flot de blouses blanches. Pour lui, cette messe hebdomadaire se résumait devant sa porte close : « Qu'attendons-nous pour lui ? Les refus des différents établissements contactés à l'AP-HP pour pouvoir l'imposer dans notre service de moyen séjour référent ». Madame N., 86 ans, hospitalisée dans le service, bénéficie d'une demande de mise sous tutelle depuis le début du semestre, il y a trois mois. Elle est arrivée pour des chutes à répétition et un déclin cognitif l'empêchant d'assumer les tâches de la vie quotidienne. N'ayant pas de famille, cette dame en état d'incurie et un peu clinophile ne bénéficie même pas de vêtements propres pour aller en rééducation et redevenir actrice de sa destinée.

Les personnes concernées, étiquetées « problèmes sociaux », se retrouvent en attente d'une solution de l'assistante sociale (diplômée depuis deux mois dont c'est le premier poste) qui doit demander des « aides », une curatelle ou une tutelle, collecter toutes les pièces administratives. En attendant, le « problème social » se trouve mis au rebut et passe son tour pour la visite des médecins à laquelle je participe... Dans cette organisation de service, c'est toujours la personne hospitalisée qui est objectivée comme problème social et qui souffre concrètement en bas de la hiérarchie... Ce cloisonnement touche en premier le patient hospitalisé et le service refile l'angoisse comme une *patate chaude* plutôt que d'élaborer en commun avec l'assistante sociale, la personne et son éventuel entourage, un dispositif pouvant l'accueillir.

Dans le service, l'assistante sociale a une connaissance précieuse des dispositifs d'accompagnement et de soutien financier et humain de chaque personne, mais présente des difficultés à percevoir ce qu'elle requiert comme vigilance et comme soins. Cela passerait sans doute par la connaissance mutuelle de nos compétences et l'instauration d'une relation de confiance. Une sorte de discussion autour d'un cas clinique avec un petit groupe formé d'une infirmière, d'un médecin, d'un interne et d'une assistante sociale pourrait être un bon moyen de se poser des questions concrètes et de délimiter nos champs d'action. ■

Plateforme téléphonique

IYveline Frilay, médecin généraliste

plateforme téléphonique. Il a juste un téléphone portable et pas de téléphone fixe, et chaque fois qu'il tente d'appeler cette plateforme, il use tout son forfait. Comment faire aujourd'hui pour que le stress de sa situation économique n'envahisse pas toute sa vie et qu'il puisse avoir l'énergie du soin et de la convalescence ? ■

Roger a eu un accident de travail sur son chantier, l'entreprise n'a pas rempli tous les papiers nécessaires, et il n'a pas encore pu toucher ses indemnités journalières, comment pourra-t-il finir le mois ? Il veut joindre l'assistante sociale de la Sécurité sociale, mais elle n'assure plus de permanence de proximité, elle a été déplacée avec toutes ses collègues au siège, loin de la caisse de quartier. Pour la contacter, il faut passer par une

Actualité de la critique de Michel Foucault

Œuvres de

Michel Foucault

Histoire de la folie

à l'âge classique,

Gallimard, 1972

Surveiller et punir.

Naissance de la prison,

Gallimard, 1975

Les machines à guérir,

Pierre Mardaga, 1979

Histoire de la sexualité,

la volonté de savoir,

Gallimard, 1976

Naissance de

la bio politique, Cours

au collège de France

1978-1979,

Gallimard Seuil, 2004

Quand une société est en crise, on demande au social et au médical de fabriquer « des corps dociles ». Comment vont-ils s'allier pour défendre la solidarité dont ils sont issus ?

Jacqueline Maury, sociologue

Une histoire commune

Pour comprendre comment médical et social se trouvent aujourd'hui liés par les mêmes difficultés, il faut en revenir à la constitution de ces deux champs d'activité qui historiquement se sont développés à partir d'une même aspiration au bien-être, que celle-ci ait pris la forme historiquement datée d'un système de charité au Moyen Âge, d'assistance au XVIII^e siècle, ou de solidarité

à partir de la fin du XIX^e. Ainsi le champ médical et le champ social ont-ils partagé très longtemps un même destin : l'assistance, dans une institution commune : l'hôpital ; par rapport à une même population : les pauvres.

Bien sûr, médical et social se sont beaucoup transformés, surtout à partir des années 1950, ils se sont autonomisés l'un par rapport à l'autre, se sont spécialisés dans leurs pratiques et leurs discours, et se sont quelquefois opposés conflictuellement : le social, pour échapper à la tutelle forte de la médecine dans ses méthodes (la clinique), et des médecins (médecins hygiénistes au XIX^e siècle, grands professeurs et médecins psychiatres au XX^e), et le médical pour réformer la médecine et l'hôpital, les moderniser et les émanciper par rapport à l'histoire de la pauvreté. Pourtant médical et social restent liés, ne serait-ce qu'institutionnellement, par le modèle de la solidarité et de son financement.

Modèle commun de la solidarité, de la production de mieux-être, institution commune de l'hôpital, population commune de personnes en position de vulnérabilité (malade, pauvre), là ne s'arrêtent pas les raisons historiques de la proximité entre le médical et le social.

Du contrôle social

Il apparaît en effet – Michel Foucault l'a bien montré – qu'à l'époque moderne, chaque fois que la société est « en crise » et se confronte à la question sociale - mendicité, puis paupérisme au XIX^e siècle, nouvelle pauvreté et exclusion depuis les années 1980 – c'est à la capacité de prise en charge de ces problèmes et à la capacité de contrôle du médical



Affiche dessinée par Wilquin, prolifique affichiste de propagande sous Pétain.

et du social que les pouvoirs publics vont faire appel pour « policer » la société, conforter un ordre à la fois politique et économique, produire de la sécurité : fabriquer « des corps dociles ».

Le médical et le social se trouvent donc associés, dans ce qu'on appelle aujourd'hui « la commande publique », à la régulation des problèmes sociaux et au contrôle des populations qui sont soupçonnées de produire du désordre, surtout quand celle-ci fait le choix néolibéral du marché et de la concurrence. Les analyses de Michel Foucault éclairent bien cette question : quand la société fait le choix de la liberté et, dans le même temps, celui de la maximisation des forces productives et des profits, elle ne peut plus compter seulement sur la seule répression pour contraindre les individus à entrer dans cette configuration historique. Elle tente alors de s'appuyer sur d'autres forces régulières capables de contribuer à la « gestion des populations », à la « gestion des comportements et des conduites » sociales de ceux qui appartiennent aux populations considérées comme « dangereuses ». On a alors affaire à la constitution de ce que Michel Foucault a appelé le « bio-pouvoir » et la « bio-politique » qui sont constitués d'un ensemble de discours et de pratiques visant la mise en ordre des corps pour une rentabilisation maximale des conduites des individus : surveiller et « discipliner la société ».

L'hôpital général, avec l'enfermement des pauvres, aux XVII^e et XVIII^e siècles, a été un premier laboratoire de cette expérience de la discipline, qui, après la chute de l'Ancien Régime, s'est diffusée plus largement dans la société à travers des lieux fermés, comme les écoles, les institutions pour enfants, les usines, les hôpitaux, les prisons... puis à l'air libre, au XX^e siècle, à travers la surveillance généralisée de la population, particulièrement des classes populaires, dans les domaines de leur santé, de l'éducation, de la famille, et de toutes les déviances soupçonnées de freiner le bon développement du projet d'économie politique de la société de marché.

Michel Foucault écrit qu'une telle configuration historique est tout d'abord une configuration discursive, de discours d'expertise en matière de surveillance et de contrôle. Le bio-pouvoir moderne s'appuie donc sur des forces capables de produire ces discours, à savoir l'économie politique, bien sûr, le droit aussi, la morale, assurément, mais également la médecine en tant qu'elle est capable d'éclairer la question du normal et du pathologique dans les comportements humains, et même de produire une expertise sur les déviances et les illégalismes.

Prenons deux exemples distincts historiquement, mais proches en ce qui concerne leur visée et leurs effets.

Michel Foucault montre, dans son histoire de la

sexualité, comment au XIX^e siècle la médecine et la psychiatrie, de même que la morale bourgeoise, se sont emparées de la question de la sexualité des enfants et de la surveillance de ses déviances ; non pas tellement pour les soigner ou les réprimer, mais en tant que pivot central d'une intervention bio-politique qui permettait la surveillance et des enfants, et des familles, et au-delà de l'ensemble des comportements de toute une population.

De même, aujourd'hui, on pourrait se demander si le bio-pouvoir ne s'empare pas de la question de la délinquance des jeunes pour, non pas l'endiguer, mais porter un diagnostic sur l'ensemble des conduites d'une population – petite enfance, parents, famille – qui est justement celle qui a du



mal à faire face aux exigences trop importantes de la société néolibérale contemporaine.

Là encore, la médecine est associée à la production des discours d'expertise (rapport de l'Inserm sur la délinquance des jeunes, rapport Bénisti...) qui seront nécessaires à la production de sécurité dont le modèle néolibéral a besoin.

Au-delà de la production de discours, la société attend du médical et, cette fois, du social, qu'ils soient capables aussi de produire dans leurs pratiques les moyens concrets de cette surveillance des comportements : au travers de grilles d'observation, de diagnostics, de traitements, de prises en charge, d'évaluations dont l'efficacité ne consiste

.../...

.../...

pas tellement dans l'éradication du risque, mais plutôt dans une « bonne gestion » de ces mêmes risques et surtout des « populations à risques ». On sait que sont particulièrement visées aujourd'hui les populations vivant dans les quartiers en difficulté, mais aussi les immigrés, les jeunes...

De la critique

On sait que la période de mise en œuvre du contrôle social a aussi été une période de fortes critiques : critique politique, mouvements et luttes sociales d'importance (mouvement ouvrier), critique sociale, critique intellectuelle du contrôle social, mais aussi critique et conflits internes à différents champs (autocritique), comme c'est le cas pour le domaine du droit, de l'éducation, de la médecine et du travail social. Ainsi cette même période a permis la construction du modèle de solidarité, orientée vers la justice sociale et l'accès aux droits, droit à l'éducation, droit à la santé, droit à la protection sociale... Parmi les acteurs de ce progrès, le médical et le social, où certains de leurs acteurs ont pu jouer un rôle important dans l'élaboration du modèle et de ses moyens, dans la critique et la transformation de ses institutions (l'hôpital, la psychiatrie, les institutions sociales et médico-sociales, l'humanisation, l'importance des usagers).

Même si la période actuelle est, semble-t-il, peu propice à la critique, on a pu voir ces derniers temps une certaine mobilisation conjointe d'acteurs du médical et du social contre, d'une part, le retour à des méthodes de surveillance et de discrimination de certaines populations (contre les lois de prévention de la délinquance, contre le contrat de parentalité, contre les analyses ADN concernant le regroupement familial des immigrés, contre les différents fichiers de familles à problèmes, jeunes délinquants) et, d'autre part, pour la défense du modèle de solidarité lui-même. Dans les deux secteurs concernés, on peut constater une capacité à développer des analyses, voire des mobilisations qui les rapprochent.

De la critique à l'action

C'est bien sur ces deux points, protection des populations en situation de fragilité et défense de l'institution de solidarité, que le médical et le social se rencontrent. Liée à l'histoire de l'institution, nous l'avons vu, cette rencontre est rendue nécessaire par le contexte néolibéral dans lequel le médical et le social évoluent actuellement. En effet, et nous revenons au texte de Foucault sur la naissance du bio-politique, la forme que prend le libéralisme contemporain en Europe est particulièrement violente en ce qui concerne les indivi-

duels et les institutions. Michel Foucault montre que la source du libéralisme contemporain se situe non pas dans le libéralisme à l'anglo-saxonne, mais plutôt dans celui qui est prôné par une école d'économie allemande des années 1930, l'école de Freiburg, dite de l'Ordo-libéralisme. Celle-ci, très rigoureuse dans ses principes, met l'accent au sein de l'économie de marché sur la concurrence : concurrence entre les entreprises, mais aussi avec les organisations du service public, santé, éducation, travail social et, finalement, concurrence entre tous les individus. Selon cette idéologie, le rôle de l'État est de détruire tous les monopoles économiques, toutes les institutions, et particulièrement les institutions de solidarité, comprises comme des entraves à la liberté de la concurrence. C'est bien l'Ordo-libéralisme qui semble être à la source des transformations des politiques publiques actuelles en ce qui concerne les deux institutions du médical et du social. Celles-ci subissent, en même temps, les mêmes réformes et la même désinstitutionnalisation (contrôle de gestion, accréditation, appel d'offres, financement à l'acte, mise en concurrence, dérégulation des statuts...). Dans un monde dérégulé, désinstitutionnalisé, restent des individus consommateurs en concurrence pour les meilleurs services possibles en matière d'éducation, de santé, les meilleures assurances privées ; des individus qui ne peuvent plus compter sur la solidarité qui permettait d'assurer une certaine égalité devant les droits et la protection et devant le partage de la richesse. Ceux qui, pour des raisons sociales ou à cause de la maladie, auraient besoin de la solidarité sont alors rendus responsables de leur propre maux (exemple : les franchises) ; ils doivent se soumettre à toutes les formes de surveillance et sanctions qui leur seront imposées.

De la résistance

Même si certains acteurs du social et du médical acceptent la dérive du système de solidarité, nous voyons bien que la résistance s'impose, si nous souhaitons sauvegarder un certain niveau de protection des individus nécessaire pour assurer un mieux-être social et une capacité des individus à investir dans la transformation de leur société et de son avenir. De même que le modèle de la charité signifiait un certain type d'organisation sociale, de même le modèle de la solidarité, sans lequel ni le médical ni le social n'auraient pu se développer dans leur singularité, signifie un certain modèle de vie de société qui ne réduit pas l'homme à sa seule utilité, à sa seule contribution au développement indéfini du marché économique. Rappeler l'existence du modèle de la solidarité et réinventer les institutions et les pratiques correspondantes est le défi que devraient relever en priorité les acteurs du champ médical et du champ social. ■



Dans un monde dérégulé et dés-institutionnalisé, restent des individus consommateurs en concurrence dans l'accès aux meilleurs services. »

Au bord de la crise de nerfs!

On demande toujours plus aux travailleurs sociaux, avec peu de moyens. Témoins de souffrances qu'ils ne peuvent soulager, ils s'interrogent et s'épuisent.

Eric Waroquet, psychanaliste – formateur

J'anime des groupes d'échanges de pratique et de supervision pour de nombreuses structures médico-sociales. Au-delà des publics et de leurs problématiques, mon intervention porte sur les enjeux de la rencontre entre les personnes accueillies et les travailleurs sociaux. De cette rencontre, les deux parties en seront affectées, en témoigne la souffrance de ces hommes et femmes engagés, bousculés par des histoires douloureuses, impliqués trop souvent dans des situations inextricables. Quelques exemples...

C'est pour son bien...

Une assistante sociale, M^{me} C., accompagne depuis de nombreuses années M. B., agriculteur à la retraite, qui vit seul dans son exploitation. Il dispose de très peu de revenus, mais semble s'en satisfaire. Un réseau amical lui apporte aide et soutien. Une personne du village lui fait ses courses, lui amène de temps à autre un repas. Outre que Mme C. s'assure des besoins éventuels du retraité, une relation amicale et de confiance s'établit entre eux.

Le maire du village où vit M. B. interpelle les services sociaux et s'indigne des conditions dans lesquelles il vit : « Comment peut-on vivre dans une telle précarité ? C'est tellement sale ! » Il craint que ses administrés lui reprochent que l'on n'ait rien fait pour le vieil homme. « On se doit de le mettre sous tutelle ! »

La chef du service social signale à sa subordonnée la requête de l'élu. M^{me} C. vit cette interpellation comme une remise en cause de son action, mais surtout craint les impacts potentiels de cette démarche sur l'équilibre de ce monsieur. La sommation de l'élu pèse sur l'écoute de la chef de service qui ne peut que rester sourde au travail accompli par l'assistante sociale et aux dangers qu'entraînent une telle mesure.

En larmes, M^{me} C. nous relate la conversation

téléphonique avec M. B. : il hurle, la menace ; elle a trahi sa confiance, il lui interdit toute visite. Les services sociaux ont pris l'affaire en main...

Deux ans plus tard, ces faits « ne passent toujours pas » : elle a bafoué ses valeurs, son éthique, s'est faite instrument des « vendeurs du normatif à la sauvette » pour reprendre l'expression de Patrick Declerck¹.

Sang pour sans... mots

David, éducateur spécialisé non diplômé travaille dans un Service d'Accueil d'Urgence et d'Orientation pour Adolescents. Ce centre accueille une vingtaine d'adolescents, dont la moitié en internat, placés par le juge pour des motifs extrêmement divers : jeunes gens ayant eu à subir des méfaits par leur environnement immédiat, mais également des jeunes ayant commis des exactions. David, en alternance avec une éducatrice, assure seul les gardes de nuit.

Un soir, Marion, âgée de 16 ans, se présente dans la chambre de l'éducateur les deux bras marqués de scarifications. Elle ne prononce pas un mot. L'éducateur s'applique à apporter des soins à cette jeune fille. Il tente de nouer un dialogue avec elle, en vain. Une fois les soins appliqués, Marion regagne sa chambre, qu'elle partage avec trois autres jeunes filles. Quinze minutes plus tard, l'éducateur encore abasourdi par la violence de cette situation, frappé par le mutisme de l'adolescente,

« Je suis témoin de la souffrance de ces hommes et femmes engagés, bousculés par des histoires douloureuses, impliqués trop souvent dans des situations inextricables. »

.../...

.../...

éprouve l'urgence de se rendre auprès de la jeune fille. Lorsqu'il rentre dans la chambre, il constate que Marion s'est ouvert les veines sous les regards de la chambrée. Le lendemain, David rend compte des événements de la nuit auprès de l'équipe. Est-ce à cause des urgences du quotidien ? Sont-ils sidérés par la violence de l'acte ? Sont-ils anesthésiés par la répétition d'actes extrêmes ? Manquent-ils de formation ? Manquent-ils d'espace de soutien hiérarchique ? Il n'empêche que l'événement ne sera pas mis en mots par les éducateurs auprès des jeunes. Les trois jeunes filles témoins de la scène fugeront la nuit suivante.

On pourrait être tenté de considérer cette situation comme extrême, voire marginale. En manque de volontaires pour accompagner ces jeunes en détresse, aux comportements destructeurs pour eux-mêmes et leur environnement, les équipes se composent d'individus aux formations hétéroclites, qui ne disposent pas toujours des compétences spécifiques. Cela se traduit par un important turn-over tant des éducateurs que des chefs de service. Comment alors répondre aux exigences toujours plus grandes de la société au regard des moyens proposés ? Comment, au-delà de la simple gestion de la misère, fonder un acte éducatif ?

Comme l'enfer...

Hélène exerce au sein d'un Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile. Sa mission, recueillir les histoires de vie des réfugiés afin de préparer les demandes faites auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA). En son bureau se déplient des récits faits de bruit et de fureur. Elle reçoit en direct des nouvelles du front des

guerres du monde : Kosovo, Irak, Tchétchénie... Massacres, viols, tortures se racontent non plus à distance médiatique, mais dans l'intime ; voix, visages et corps se débattent pour dire ce qu'ils voudraient taire, dire le dit trop vif aux moyens de détours et de contournements. Hélène s'étonne de ne plus rien éprouver. Du silence qu'elle leur oppose. De l'indifférence qu'elle éprouve pour les regards qui la désignent comme flic. « Néanmoins, je m'inquiète un peu, précise-t-elle. Parfois, le soir, je m'effondre sans aucune raison. Je fais des cauchemars. Je suis sombre. Je réalise que dans la rue, je me retourne pour vérifier que personne ne me suit. » Pour chacune des séances suivantes, Hélène me réserve des histoires toutes plus abjectes les unes que les autres. Peu à peu, au fil de nos rencontres, des affects animent l'impassible visage. Elle pleure. De nouvelles interrogations se précisent : comment est-il possible de perpétrer de tels actes de barbarie ? Quels sont les effets de tels traumatismes ? Quelles sont les conséquences de l'injonction à raconter ? Quelles attitudes adopter devant certains troubles manifestes ? Comment s'assurer d'une relation d'aide ?

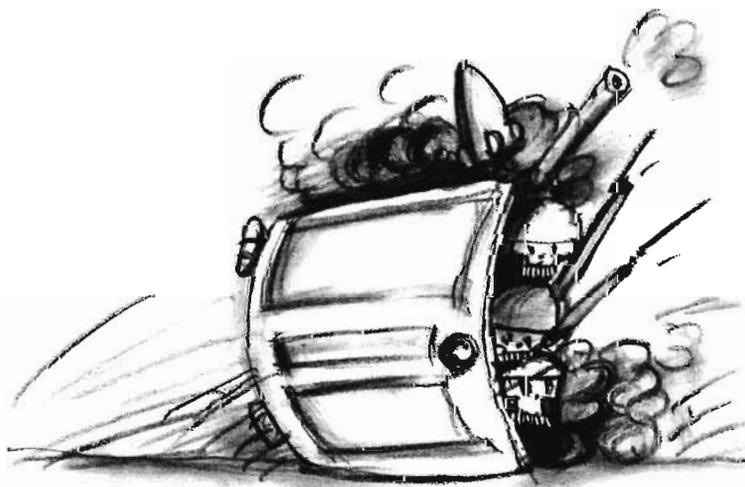
Rien ne préparait cette jeune femme à être le réceptacle des horreurs du monde. D'abord traductrice bienveillante, Hélène, brillante, polyglotte et accueillante, rejoint très vite l'équipe de salariés. Son « efficacité » la mène à assumer seule cette délicate mission, à traiter de plus en plus de « dossiers ». L'ignorance institutionnelle l'enclôt chaque jour six heures durant dans des récits qui la minent.

Vol de nuit...

Une séance de travail menée par une équipe d'éducateurs au sein d'un établissement d'accueil d'urgence pour nourrissons et enfants appelle l'évocation des concepts winnicottiens de holding, handing, empiètement... Outils conceptuels aisés à s'approprier pour les travailleurs sociaux, à traduire dans les gestes du quotidien. Il s'agit de penser au plus juste les modalités de relations établies entre le petit homme et ceux qui en sont responsables.

Cruelle ironie, les éducateurs annoncent dans cette même séance la mise en application d'une nouvelle loi qui modifie l'accueil de nuit ; si celui-ci était alors assuré par les éducateurs, dorénavant cette délicate tâche incombe à des surveillants de nuit... Décision que seules motivent des raisons économiques... Mise à mal du fondement même du travail éducatif, le lien...

« Demande est faite aux travailleurs sociaux d'apporter soulagement à l'aide de moyens dérisoires. »



Une pratique commune : du corps et de l'âme

Comme le médecin, le psychanalyste, le travailleur social agit sur l'être de l'autre. En commun, ils ont la volonté de soulager. Et donc, se pose la question : qu'est-ce qu'aider ?

Le médecin comme le travailleur social agissent sur le réel. L'un comme l'autre prennent soin du corps. Or, la psychanalyse nous enseigne que toute demande recouvre une demande bien plus vitale encore. Le médecin comme le travailleur social ne peuvent l'ignorer. Les maux du corps disent bien souvent les maux de l'âme.

Le médecin, le travailleur social comme le psychanalyste écoutent quelqu'un dire sa souffrance et son manque. En un « sens », ils répondent pour l'autre. Ils ne viennent pas se substituer en lieu et place de l'autre à qui le patient n'a pas pu parler : la mère, le père, le conjoint... Cet Autre aimé duquel on attendait sinon une réponse, du moins l'accueil de l'appel. Il, le travailleur de l'âme, propose une présence vivante qui trop souvent fait défaut. « Présence vivante tournée vers cet autre qui parle, et au-delà de lui vers l'être, le possible qui le touche, une présence pensante orientée vers les possibles, et qui mobilise de nouvelles modalités de l'être où le patient peut transférer, chercher, se retrouver. »

Le travailleur social, comme le psychanalyste, sent bien qu'il ne peut, ne doit se substituer à l'autre, endosser le réel des failles (l'éducatrice qui se substitue à la mère), au risque de manque d'égards. Il l'empêche de se trouver. De même, il y a manque de respect s'il laisse l'autre s'enliser (terrible silence de l'analyste). La violence faite au sujet est dans le trop et le pas assez.

En tant qu'analyste, j'accompagne de nombreux travailleurs sociaux « malades » d'avoir répondu pour l'autre alors que l'autre ne leur avait « rien » demandé, en apparence. « Ils ont pris les devants, répondant pour lui, lui qui ne répondait de rien, ils l'ont remplacé à leur insu : substitution inconsciente qui les a vidés d'eux-mêmes² ». On ne répond pas de l'autre, on fait en sorte qu'il y ait du répondant.

S'il y a engagement du médecin, du psychanalyste comme du travailleur social, l'engagement commun est présence réelle. Il accueille afin que l'autre ne soit pas devant un monde qui ne répond pas. Moins l'analyste comme le travailleur social répond à la demande, plus cette

présence doit être active et symbolique. « Il est répondant plutôt qu'il ne répond ». Nous n'avons pas à soutenir dans sa chair et sa pensée la blessure de l'autre, être celui qui la répare. Cette attitude assujettit le patient, l'usager jusqu'à la sujétion. Aliénation transférentielle.

Le travailleur social apaise les maux de l'âme. Oui mais pas seulement, comme dit ci-dessus, son champ d'intervention peut être une réponse à l'appel purement objectif : nourriture, argent, logement, soin... Lui aussi a à prendre soin des corps. Or tel le médecin à qui l'on demanderait de coudre la plaie sans le fil, les fractures du corps sans emplâtre, demande est faite aux travailleurs sociaux d'apporter soulagement à l'aide de moyens dérisoires. Cette assistante sociale ne dispose que de la négative pour la famille qui lui demande un toit. Ce travailleur d'insertion n'a à proposer à cet homme sans emploi qu'un énième stage. Ce jeune éducateur débutant se voit confier pas moins de dix jeunes aux tendances anti-sociales...

Il manque cruellement de moyens, ses conditions de travail sont difficiles : chargé d'accompagner des personnes en risque d'expulsion de leur logement, un travailleur social exprime sa colère lors d'une séance d'analyse de pratique : « Finalement, je ne suis pas loin d'être dans leur situation. Avec mon salaire de misère, jamais je ne pourrai offrir de maison à mes enfants ! » alors qu'il est confronté à des problématiques de plus en plus lourdes.

Il exerce à la marge. Il est pris entre une société qui densifie ses exigences et des personnes toujours plus vulnérabilisées de par ces exigences (adaptabilité, efficacité...). D'une part, la société attend beaucoup du travailleur social, lui demande d'être le relais de son injonction cynique : « Active-toi ». Appel est fait aux boiteux de courir le 100 mètres. D'autre part, il est témoin de parcours d'individus qui n'en peuvent plus, qui font ce qu'ils peuvent... Impuissant souvent, son élan généreux se mue en culpabilité qui engendre nombre de souffrances. Et pourtant, au quotidien sur le front de la misère, je constate : il résiste. Il est là ! Il fait en sorte qu'il y ait du répondant. Mais jusqu'à quand ? ■

1. Patrick Declerck, *Le sang nouveau est arrivé : l'horreur SDF*, Gallimard, 2005

2. Daniel Sibony, *Don de soi ou partage de soi*, Odile Jacob, 2000

La crèche comme seule réponse

Pour une crèche, privilégier l'accueil et travailler avec une psychologue, c'est bien pour l'équipe, les parents et les enfants, mais c'est aussi être instrumentalisée par les autorités.

France Voquer, sociologue

Je travaille depuis seize ans comme psychologue dans une crèche municipale. Celle-ci a fait le choix depuis son ouverture d'accueillir tous les enfants et les familles, sans discrimination aucune. Le travail que fait l'équipe permet de dénouer des situations complexes, d'aider les parents à devenir parents et d'éviter aux enfants de devenir « les soignants de leurs parents ». Ainsi, lorsque des parents ne vont pas bien, nous disons aux enfants que nous, l'équipe de la crèche, nous allons nous occuper de leurs parents et que eux, ils peuvent vivre leur vie d'enfant à la crèche. Aujourd'hui, ce travail est devenu difficile.

L'année dernière, nous avons accueilli un enfant de deux ans qui ne parlait pas, qui poussait

des cris perçants, n'accrochait pas le regard et qui lorsqu'il acceptait d'approcher un enfant ou un adulte, le palpait à la manière d'un aveugle. Les parents ont demandé son placement sur les conseils du médecin traitant, considérant que la collectivité l'aiderait à parler. L'équipe a tout de suite identifié un problème majeur de la communication et du développement de l'ordre de l'autisme et a orienté les parents pour permettre une prise en charge autour de l'enfant le plus rapidement possible. Un an plus tard, l'enfant est toujours à la crèche, la famille a obtenu plusieurs réponses de l'ordre de « puisqu'il va à la crèche, il



MME SARKOZY À LA CRÈCHE.

n'y a pas besoin d'autre chose pour le moment », mais un CAMPS¹ a enfin proposé un rendez-vous.

De même, il nous a fallu faire une « information signalante » pour une enfant que le père venait chercher en état d'ébriété. Même si cette démarche a provoqué la colère des parents et l'étonnement des services concernés : « S'il fallait se déranger pour tous les parents qui buvaient », elle a eu des effets bénéfiques. Le père n'est plus arrivé une seule fois alcoolisé à la crèche et beaucoup des difficultés de l'enfant se sont estompées (cet enfant ne manifestait jamais lorsqu'elle se faisait mal ou lorsqu'on lui faisait mal, elle pouvait rester une journée entière à pleurer...).

Il y a quinze ans, il y avait quatre ou cinq familles dans des situations difficiles. L'année dernière, nous avons identifié jusqu'à dix-neuf situations problématiques sur vingt-quatre enfants accueillis dans la section des grands. Aujourd'hui, des parents débordés par leurs problèmes médicaux, sociaux ou culturels sont envoyés à la crèche et pas uniquement parce qu'ils ont besoin d'un mode de garde pour leurs enfants. Nous sommes donc identifiés comme soignants, hôpital de jour, service social, alors que nous sommes une crèche. Dans le contexte de pénurie actuelle, l'équipe se sent instrumentalisée pour répondre à des questions médicales ou sociales auxquelles personne ne répond par ailleurs, et cela au détriment de la qualité de l'accueil des autres enfants. Il y a une différence entre l'effet social et thérapeutique de notre travail et la prescription de notre travail comme réponse sociale ou comme thérapie.

La crèche est de plus en plus souvent conseillée ou « prescrite » par des intervenants médicaux et sociaux. C'est parfois simple : un médecin généraliste conseille la crèche à une mère pour son bébé qui pleure 22 heures sur 24. De fait, il suffira que j'aie un entretien avec la mère et l'enfant pour que l'enfant dorme. Parfois, et souvent, c'est plus difficile. Une famille où la mère est seule avec trois enfants, dans laquelle il y a une mesure AEMO² pour chaque enfant, vient à la crèche pour éviter le placement en famille d'accueil du petit dernier. Sans lien avec nous,

l'institution (la justice) a détourné la crèche de sa fonction. Elle nous dit : « Nous n'avons pas d'autre solution que la crèche ». Mais cela, nous ne l'avons découvert que plus tard. Après une année déjà compliquée pour l'enfant, nous nous inquiétons car il supporte mal l'arrivée de nouveaux enfants dans son groupe. Le problème est que l'équipe, pourtant très investie dans notre forme de travail, n'est pas formée pour faire face à de telles difficultés. Elle se trouve dans « le choix de Sophie » : faut-il qu'il y ait une seule personne pour s'occuper exclusivement de cet enfant et ne pas apporter aux autres enfants ce dont ils ont besoin ? Les auxiliaires ne sont pas interchangeables, la relation que les enfants établissent avec les référentes qui s'occupent d'eux de leur arrivée à la crèche jusqu'à leur départ fait partie des repères qui permettent aux enfants de supporter la séparation, parfois très précoce, d'avec leurs parents et qui pourtant est nécessaire à leur développement.

Parce que la crèche a basé son travail sur les besoins – connus et exprimés – des enfants et sur l'accueil des familles (ce travail ne peut se faire sans une confiance réciproque crèche-famille), dans cette période économique et sociale politique difficile, voire agressive, se pose la question des limites de ce travail. Ce regard sur l'enfant et sa famille peut être préventif et thérapeutique. Nous souhaitons avoir les moyens de continuer à travailler ainsi, mais nous devons pouvoir être aidés et collaborer avec les institutions sociales et soignantes sans nous substituer à leurs missions ni être instrumentalisées par elles. La mission première de la crèche, rappelle le décret de 2000, est de « permettre aux parents de conjuguer vie professionnelle et vie familiale » et de « répondre aux besoins de l'enfant ». ■

« Nous sommes identifiés comme soignants, hôpital de jour, service social, alors que nous sommes une crèche. »

1. Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (0 à 6 ans).

2. Action éducative en milieu ouvert : mesure proposée à « titre préventif » par l'autorité administrative lorsqu'il existe un risque de danger pour l'enfant ou à « titre curatif » par l'autorité judiciaire lorsqu'un danger grave pour l'enfant est avéré.

Psy de service

On demande de plus en plus souvent aux psychologues de se substituer aux médecins pour les situations difficiles : annonce de mauvaises nouvelles, traumatisme, catastrophe... mais quel est leur rôle ?

Daniel Lemler, psychiatre

La présence des psychologues dans l'hôpital ne date pas d'hier ; et il n'est plus nécessaire de la justifier ou de donner les preuves de son apport à la démarche de soin aussi bien pour les patients que pour les soignants, même si ce dernier point est plus rarement évoqué. Longtemps, cette présence s'est cantonnée à certains services. Elle était fonction des patients traités et de l'intérêt du chef de service. On les trouvait donc par exemple en pédiatrie, cela allait de soi, mais pas en chirurgie pédiatrique.

Antennes

Signalons une exception alsacienne, plus précisément strasbourgeoise, qui est l'œuvre d'un professeur de psychiatrie, psychanalyste, Lucien Israël, lequel s'est très tôt intéressé à la psychosomatique. Il a créé avec ses élèves des antennes de psychosomatique, qui se sont installées dans la plupart des services de spécialité des Hospices Civils de Strasbourg. Ces antennes furent, la plupart du temps, bien acceptées et très actives. À quelques exceptions près, elles disparurent avec leur créateur. Cela souligne l'importance du désir de celui qui soutient une initiative.

Psy du service

Depuis quelques années, les pys sont partout ! Il devient rare de ne pas les voir à la une des médias. Ils sont de toutes les catastrophes, de tous les drames. Ici, à la chute d'un arbre lors d'un concert en plein air, un soir de tempête, pour soutenir les blessés et leur famille, là, dans un aéroport pour soutenir le personnel d'Air France, suite à un crash, là encore dans une école pour soutenir tout le monde après qu'un enfant a été écrasé par un chauffard... Il s'agit d'éviter l'apparition d'une névrose traumatique... cela ne s'appelle plus ainsi, mais c'est l'idée.

Dérive

Bref, les pys sont partout, à l'hôpital aussi. Il est de bon ton aujourd'hui, c'est tendance, d'avoir un psy dans son service. Cela part d'un bon sentiment : c'est pour la bonne cause évidemment,

celle des patients, bien sûr ! Pourtant, à observer la tournure que prennent les événements, une dérive est à craindre, peu ou prou à l'insu des différents protagonistes. Cette dérive, je la situe dans la substitution des médecins par les pys dans tout ce qui représente la dimension humaine de la pratique médicale. C'est le cas, par exemple, dans l'aide à l'annonce. Cette dérive tient, une fois de plus, à l'impossibilité de la médecine de prendre en compte l'une des dimensions essentielles de tout acte thérapeutique, j'ai nommé le transfert.

« Les pys sont partout, ils sont de toutes les catastrophes, de tous les drames. »

Et le transfert ?

Ce n'est que par le déni du transfert que l'idée de la substitution du médecin par le psy devient possible. Bien sûr, le psy offre un espace de paroles où les effets de l'annonce vont pouvoir s'élaborer. Mais, ce ne peut être que dans un deuxième temps. L'annonce ne peut se concevoir que par le médecin ayant en charge le patient, sur lequel repose les enjeux transférentiels. C'est dans cet espace transférentiel, entre patient et médecin, que peuvent s'exprimer les réactions et les sentiments liés à cet instant particulier de l'annonce.

Fonction psy

Ce n'est évidemment pas facile à gérer pour le praticien. Mais, là, le psy peut avoir un rôle fondamental à jouer, en offrant au médecin un lieu de verbalisation et d'élaboration de ce qui se passe pour lui dans ce moment si singulier. Il peut alors, le psy, jouer son rôle, non pas de substitut, mais de tiers dans la relation thérapeutique entre le praticien et son patient.

Du temps pour comprendre

Un autre élément est d'ailleurs à prendre en considération : la temporalité. Il est nécessaire de respecter des temps logiques.

Les situations de catastrophe en offrent une parfaite illustration. Nous savons la sidération du sujet à l'instant de la catastrophe. C'est seulement dans un deuxième temps qu'il lui sera possible d'élaborer cet événement pour l'inscrire enfin dans son histoire et reprendre le cours de son existence.

L'idée d'envoyer les psys sur le terrain pour permettre une parole immédiate, garante de la préservation des effets pathologiques du traumatisme, est un pur fantasme qui s'appuie sur une totale méconnaissance des mécanismes en jeu. Elle est donc vouée à l'échec. Elle ne pourrait que collaber les différents temps d'évolution de la situation traumatique, ce qui est heureusement entravé la plupart du temps par la sidération du sujet.

On observe des problèmes similaires lorsque l'on

entrave le travail de deuil par des prescriptions intempestives d'antidépresseurs.

Il en est de même en ce qui concerne l'annonce. Il y a l'instant de l'annonce, un temps d'élaboration pour comprendre, qui mène vers les décisions que le patient a à prendre le concernant ainsi que ses proches. Il est de plus en plus fréquent dans notre société de sauter de l'instant de voir au moment de conclure, en scotomisant le temps pour comprendre, temps de *Durcharbeitung*, de perlaboration. Pire, on passe souvent d'instant de voir en instant de voir, sans même avoir le temps de comprendre, encore moins de conclure.

Donc, l'annonce est faite par le praticien, avec lequel va pouvoir s'amorcer le travail d'élaboration qui pourra, selon les cas, être poursuivi chez un psy.

Si le psy fonctionne comme tiers et non comme substitut, il va permettre au médecin de se réapproprier sa parole propre et de laisser une place à celle de son patient, véritable réhumanisation de la relation thérapeutique. ■



Nouveaux métiers du social : enjeux

L'activité des professionnels du social est de plus en plus déterminée par la politique des élus locaux, avec des critères de rentabilité et de contrôle social. Il faut être vigilants.

Bruno Gayard, directeur d'un service de prévention spécialisée,
Patricia Gayard-Guégan, responsable de formation d'assistants de service social

S'intéresser aux nouveaux métiers du social, en France, depuis ces vingt-cinq dernières années, passe nécessairement par un regard sur l'histoire du travail social, de sa professionnalisation en lien avec des évolutions économiques et les politiques sociales mises en œuvre dans un cadre législatif.

Les métiers les plus anciens se regroupent principalement autour des assistantes sociales¹ (1932), des travailleuses familiales (1949), des animateurs (1960), des éducateurs spécialisés (1967) et des conseillères en économie sociale et familiale (1969). Des personnalités charismatiques ou militantes ont contribué initialement à la création de ces professions, mais celles-ci n'ont pu s'inscrire que dans un contexte socio-économique et politique ainsi qu'une volonté de l'État de vouloir les instituer officiellement.

Dans les années 70, une analyse domine le travail social avec des interrogations qui traversent ces professions : les travailleurs sociaux sont-ils des agents de la classe dominante ? Transmettent-ils des normes favorisant un contrôle social pour maintenir la paix sociale ?

La revue *Esprit*², en 1972, reprend tous ces débats qui agitent les professions : elle s'intitule « Pourquoi le travail social ? » : « Souhaitez-vous être animés socialement, éduqués spécialement, conseillés conjugalement ? Vos enfants sont-ils vaccinés ? Votre budget est-il rationnel ? Êtes-vous autonome ?... que font-ils, un métier paramédical ou supra-policier ? »

Peu après se jouent d'autres luttes autour de premiers logiciels informatiques (Audass et Gamin), remettant en cause le secret professionnel et préconisant un fichage des populations en difficulté, notamment des enfants en difficulté éducative. Les professionnels s'inquiètent du rôle qu'on veut leur faire jouer...

Dans les années 80, la décentralisation et ses applications sont un tournant important pour les travailleurs sociaux. Le paysage de l'action sociale est modifié et certaines missions sont confiées progressivement aux départements comme la protection de l'enfance, la question du fond social logement et, plus récemment, le RMI ainsi que le handicap. Les politiques démontrent leur volonté de maîtriser davantage le social, en lien avec la question du territoire et l'articulation des politiques nationales et locales. C'est le cas de l'insertion des jeunes (rapport Schwartz), de la lutte contre la délinquance (rapport Bonnemaïson), de la gestion des villes et de l'habitat social (rapport Dubedout). Ces nouveaux rapports vont dégager des besoins sociaux en vue de profils de postes précis. Les professionnels du social sont donc confrontés à une territorialisation de leur activité avec des répercussions sur leurs pratiques qui s'inscrivent dans des choix politiques locaux. De nouveaux interlocuteurs s'imposent à eux avec ce rapprochement du local. C'est le cas avec les élus.

« Depuis les années 80, le développement des nouvelles politiques sociales transversales et territoriales a bousculé les domaines d'activités et d'intervention des travailleurs sociaux... c'est cet aspect nouveau du contexte qui explique en grande partie les mutations et évolutions de l'action sociale. ³ »

Les travailleurs sociaux sont amenés à investir d'autres espaces d'action et à mener des interventions se situant dans des logiques de projets contractualisés avec des procédures d'évaluation notamment dans le cadre de dispositifs (l'insertion avec le RMI ou la question du logement en lien avec la loi Besson). De plus, la crise économique produit davantage de pauvreté à laquelle les professionnalités du social ont plus de mal à répondre, de par leurs missions et leurs fonctions. « Les intervenants sociaux sont sollicités par de nouveaux publics dont le principal problème tient moins à un déficit personnel qu'à l'impossibilité d'occuper une place stable en raison de la conjoncture économique et sociale. ⁴ » Émergent alors de nouveaux métiers qui s'inscrivent dans ce nouveau contexte de choix politiques exigeant une plus grande lisibilité des interventions sociales et des actions entreprises. Dans le cadre de la politique de la ville avec les chefs de projet, les agents de développement local, les médiateurs de ville, les correspondants de nuit, les coordinateurs de zone... Dans le secteur du logement avec les conseillers sociaux, les agents d'ambiance... Par le biais de l'insertion avec les animateurs d'insertion, les habitants-relais... Dans l'éducation avec les coordinateurs ZEP, les médiateurs éducatifs...

« La crise économique produit davantage de pauvreté à laquelle les professionnalités du social ont plus de mal à répondre. »

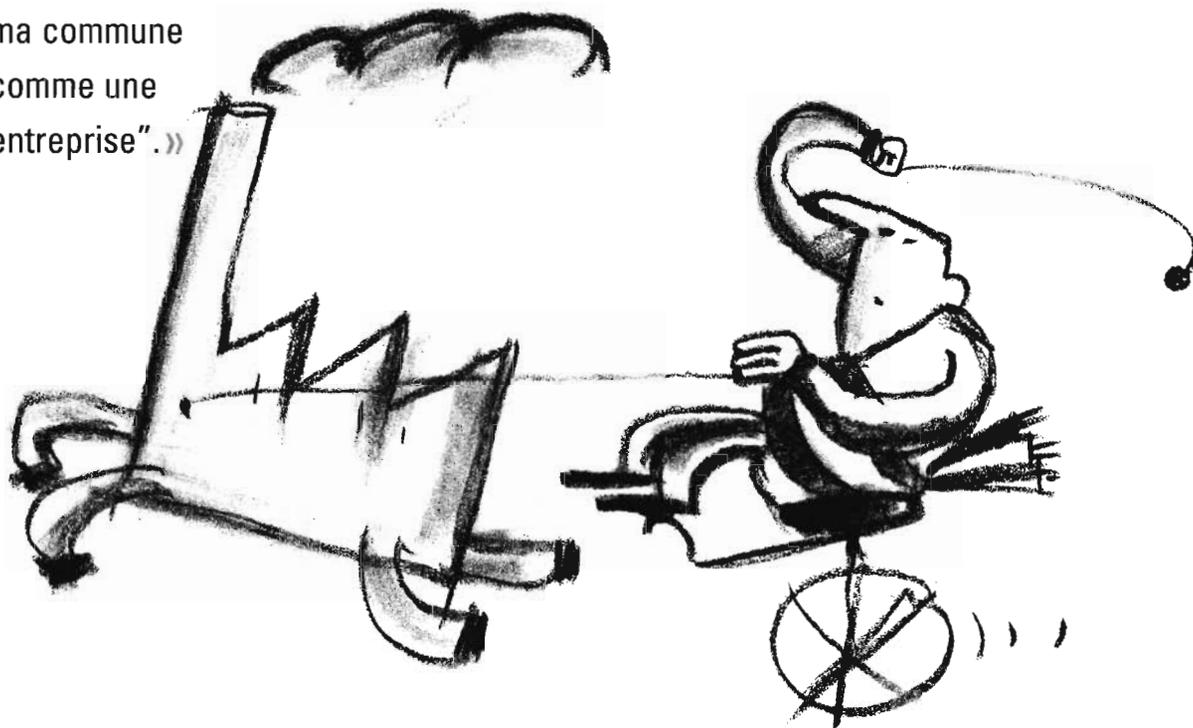
Quel est l'objectif réel de ces fonctions ? Répondre à des problématiques précises par l'application des dispositifs : une des fonctions des médiateurs éducatifs est de gérer les conflits entre élèves ou entre élèves et administration. Cependant, parfois, on peut se demander quelle est la place réelle de ces acteurs souvent amalgamés avec la lutte contre l'insécurité : les médiateurs de ville sont chargés de gérer, notamment, les troubles au niveau des jeunes dans les quartiers et à la sortie des établissements scolaires en lien avec les services de police municipale ou nationale. Dans ce maillage de la jeunesse, des clarifications deviennent nécessaires entre le répressif et l'éducatif.

Au cours de ces vingt dernières années, les élus ont une implication plus grande dans les questions sociales avec la volonté d'un cadrage plus important des missions et des interventions sociales. Ils veulent un plus grand contrôle des actions et des résultats pour réduire les coûts des dépenses liées à l'action sociale. « Les élus manifestent aujourd'hui des attentes très aiguës de visibilité et de rentabilité de l'action sociale et estiment normal d'avoir non seulement la maîtrise des secteurs et des services qui dépendent d'eux, mais également d'avoir une emprise sur les opérations dont ils contribuent au financement... ⁵ »

« Dans ce nouvel environnement profus et contraignant, les élus politiques de tous bords déclarent aujourd'hui sans état d'âme : « Je gère ma commune, mon département ou ma région comme une entreprise ». La formule n'est pas métaphorique. ⁶ » Le travail social doit être alors quantifiable et rationalisable en fonction de la rentabilité : la question économique est clairement au cœur du débat. Cette logique s'accroît avec la loi de janvier 2002 et l'évaluation précise des actions sociales et médico-sociales.

.../...

« Les élus politiques déclarent sans états d'âme : "je gère ma commune comme une entreprise". »



.../...

Par ailleurs, ces dispositifs et politiques sociales contribuent à un maillage plus grand de la population. Cette emprise s'accroît avec les nouvelles dispositions législatives à la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance ; cette loi donne un grand pouvoir aux maires des communes qui peuvent demander aux professionnels de l'action sociale, médico-sociale et de l'éducatif de lui communiquer entre autres les identités des personnes en difficultés sociales, éducatives et matérielles qui s'aggravent. C'est un texte de loi qui porte une atteinte sérieuse au secret professionnel et à l'éthique des professionnels du travail social, du médico-social et de l'éducatif. Il renforce le contrôle social des populations.

Du point de vue du travail pratique, sur le terrain, les professionnels doivent nécessairement utiliser toutes les interprétations possibles de la loi (entre autres, la notion d'aggravation, difficile à définir ; une analyse de la loi au regard du code pénal...) pour contrer les dérives que produit ce genre de dispositions législatives et avoir un rapport de forces collectif en cas de pressions ou d'injonctions. Il est véritablement nécessaire d'analyser les enjeux professionnels et politiques de ces évolutions pour être prudents et vigilants afin de garantir le droit des personnes et une éthique des pratiques professionnelles. Recourir à des réflexions collectives sur ces questions permet de développer et d'organiser des réponses communes et de résistances. ■

1. Les dates de référence proposées pour cet article correspondent à celles des diplômes d'État ou brevets de capacités après promulgation par décrets ; il s'agit de l'officialisation de la professionnalisation de ces métiers.
2. Revue *Esprit* « Pourquoi le travail social ? », Éd Le Seuil, Paris, avril-mai 1972
3. « L'intervention sociale d'aide à la personne » Conseil supérieur du travail social, Éd. ENSP, coll. Politiques et interventions sociales, Rennes, 1996
4. *Le travail social en débat(s)*, R. Castel, sous la direction de J. Ion, Éd La découverte, coll. Alternatives sociales, Paris, 2005
5. *Les nouvelles frontières de l'intervention sociale*, ouvrage coordonné par Guido De Ridder, Éd. L'Harmattan, coll. Logiques sociales, Paris, 1997
6. *Trop de gestion tue le social, Essai sur une discrète chalandisation*, M. Chauvière, Éd La découverte, coll. Alternatives sociales, Paris, 2007

Aider ou exclure?

En réponse à un projet de réduction des risques, on demande à des éducateurs d'évaluer la capacité des personnes à se réinsérer, quitte à les exclure pour faire baisser coûte que coûte le nombre des RMIstes.

Marie-Laurence Prieur, éducatrice dans un centre d'addictologie

Éducatrice, depuis six ans, dans un centre d'alcoologie (devenu addictologie) de gestion associative, il m'a été nécessaire de réaffirmer, face à une hiérarchie administrative de plus en plus prégnante et dans une équipe essentiellement médicale, la place singulière du travailleur social.

Tout en s'appuyant sur les valeurs humanistes qui fondent sa profession, le travailleur social est également amené à poser des actes qui l'engagent en tant que professionnel qualifié et individu responsable. Je m'explique : les centres de soins associatifs, par leurs champs d'intervention et leurs rapports avec leurs administrations de tutelle, sont de plus en plus amenés à fonctionner sur le modèle de l'entreprise. Ce modèle est renforcé en partie par la politique de décentralisation qui, en redistribuant les modalités d'intervention entre secteur public et privé, place les équipes de soins, par délégation, sous l'autorité d'administrateurs.

Transferts de compétence

L'État, par la décentralisation, a redéployé un certain nombre de ses missions vers le secteur associatif, favorisant le développement de relations contractuelles entre sociétés civiles et pouvoirs publics, par un transfert de compétence.

La légitimité de l'intervention d'associations, dans des domaines relevant traditionnellement de l'État, tient à leur expertise, mais elles demeurent cependant limitées dans leurs actions par une forte dépendance, notamment financière, vis-à-vis des pouvoirs publics.

L'incertitude d'attribution de dotations dans le cadre d'appel d'offres fait que les associations perdent de leur autonomie et se trouvent, d'une certaine manière, « instrumentalisées » par les pouvoirs publics.

Les attendus réels de l'intervention sociale

Je prendrai pour illustrer ce point l'exemple d'un « appel à projet » départemental dont le titre était « Accompagnement et mise en œuvre d'un parcours de sevrage ou de réduction de la consommation de substances psycho-actives et élaboration

d'un projet d'insertion ». L'intitulé pourrait, en première lecture, établir qu'une action sanitaire de réduction des risques, liée à une prise de produits psycho-actifs, paraissait prioritaire pour le département, or la deuxième partie de l'intitulé retint mon attention, d'autant plus que ce dispositif s'adressait à des personnes relevant du dispositif RMI. En effet, l'un des résultats attendus était d'« améliorer l'efficacité du dispositif insertion pour favoriser la diminution du nombre de bénéficiaires dans le dispositif RMI », soit, de façon plus explicite, de sortir de ce dispositif les personnes les plus vulnérables présentant des « déficiences et inaptitudes à risque de désavantage social ». Le travail social, à l'opposé de toute sectorisation si caractéristique du découpage habituel des instances de la vie sociale, consiste en la création d'activités socialement reconnues et susceptibles de correspondre au potentiel, ainsi réactivé, des personnes en exclusion. L'objet de cette offre budgétaire départementale en était diamétralement opposé et plaçait le travailleur social dans une place d'expert-contrôleur de la prestation. J'évoquai, lors d'une réunion de travail, mon désaccord et prononçai, pour la première fois de ma carrière (longue de plus de vingt-cinq ans) le terme d'éthique, car la question que soulevait ce document était avant tout de nature morale.

Le contexte économique conduit à questionner, avec insistance, les professionnels sur l'efficacité de leurs pratiques et, par effet réflexif, les renvoie à interroger le sens de leurs actions. Face à l'accroissement du nombre des exclus, les financeurs jugent l'efficacité des professionnels sur leur capacité à contenir les effets de l'exclusion. L'appel à projet départemental, qui soustrait du dispositif RMI la personne présentant des « déficiences et inaptitudes à risque de désavantage

« Le problème n'est plus le déficit d'intégration, mais bien la persistance de l'exclusion du marché de travail. »

.../...

.../...

social », illustre de façon significative les attendus économiques, voire politiques de l'intervention sociale.

Exclusion

Le problème contemporain n'est plus le déficit d'intégration, mais bien la persistance d'une exclusion durable du marché du travail.

La profession sociale nécessite un réajustement constant de la pratique lié à la richesse des rencontres humaines, mais aussi aux contraintes d'un cadre institutionnel qui la met parfois dans une position contradictoire vis-à-vis de l'individu accompagné.

Les politiques sociales s'appuient sur la mobilisation des ressources des acteurs bénéficiaires de prestation et se trouvent, de fait, très éloignées des publics vivant dans la précarité.

Comment traduire, dans des dispositifs d'insertion, les éléments

objectivables d'intégration ou d'insertion lorsque les éléments recueillis sont avant tout biographiques, du ressort de la sphère privée.

La médicalisation de la souffrance psychique et ses limites

La précarité économique inverse le discours social : d'un comportement marginal, l'individu devient victime d'une société sans avenir. Nous ne pouvons que constater les dérives de l'action publique qui médicalise, voire psychiatrise, les demandeurs d'emploi en voie de désinsertion, en les renvoyant des services sociaux vers les consultations psychiatriques. L'inadéquation des réponses habituelles du système de soins aux difficultés sociales de ce public, par une lecture déterministe de la souffrance psychique, en est la preuve.

Ainsi, nous pouvons constater à travers nos prati-

ques cliniques l'arrivée de ce nouveau public, en « errance institutionnelle », qui ne correspond plus aux critères classiques du diagnostic psychiatrique et qui met en échec les stratégies d'accompagnement mises en place par les intervenants sociaux. Les psychiatres les désignent sous la terminologie « d'états limites » qui concerneraient des personnalités « trop immatures » pour faire face à la réalité. Par l'utilisation de produits psychotropes, notamment de l'alcool, ces personnes s'anesthésient de leur propre souffrance, mais surtout évitent tout processus conflictuel.

Articulation du social et du médical

L'addiction résultant d'interactions complexes entre une personne en souffrance et l'utilisation d'un produit dans un contexte particulier, le projet thérapeutique ne saurait être simplifié. Plusieurs facteurs s'étant associés pour créer un symptôme, plusieurs outils vont devoir œuvrer ensemble pour s'inscrire dans une véritable histoire thérapeutique. Approche pluridisciplinaire et non juxtaposition plus ou moins clivées d'interventions, cette prise en charge répond à la complexité d'une pathologie dont le point de départ est avant tout « une recherche thérapeutique ». Le toxique s'étant présenté à eux comme une solution avant de devenir un problème, il peut constituer un leurre en s'imposant silencieusement comme un auxiliaire de vie.

Le lien social articulé au médical s'inscrit dans le processus de la cure de soins. À condition, toutefois, que la souffrance psychique d'origine sociale ne soit pas réduite à une psychopathologie déconnectée des contextes sociaux et politiques dont elle est issue. Poser la question de la souffrance psychique par le prisme de l'exclusion, c'est parler des liens, chers à Robert Castel, que soutiennent le centre et la périphérie d'un système social. Il s'agit alors de prendre en compte le continuum des positions, car c'est dans l'espace des continuités et des ruptures que les liens vont se reconstruire. ■



L'action publique médicalise, voire psychiatrise, les demandeurs d'emploi en voie de désinsertion.»

La société biographique

À partir d'enquêtes sur le chômage, les cités et les collègues, l'auteure explore l'évolution du contrat social : l'individu sommé d'être authentique et actif pour être protégé.

Isabelle Astier, enseignante et chercheuse

Nous le savons désormais, la cohésion sociale est un enjeu de société majeur. Mon propos dans *Les nouvelles règles du social* est de démontrer en quoi l'intervention sur le social redevient une question pleinement politique. Pour ce, j'explore un grand renversement, celui de la dette sociale, dans trois secteurs de l'intervention publique : les politiques d'insertion et d'accompagnement du chômage, le travail de médiation urbaine dans les cités difficiles, enfin l'intervention sociale dans les collèges.

En effet, historiquement, au début du ^{XX}^e siècle, le principe établi de la solidarité de la société envers tout citoyen supposait un gain commun et partagé entre les individus, et l'obligation de chacun envers tous ne résultait pas d'une décision arbitraire, extérieure aux choses, elle était simplement la contrepartie des avantages que chacun retire de l'état de société. Le solidarisme, doctrine quasi officielle de la III^e République, servira de soubassement idéologique à la construction du système de protection sociale. Mais cette dette originelle entre citoyens s'est retournée : est devenu premier le devoir de chaque individu envers la société, d'où une nouvelle logique de responsabilité solidaire et des politiques sociales qui mettent en avant un individu responsable et participant. Une nouvelle approche de la politique sociale dans laquelle l'individu doit manifester sa volonté d'adhérer à la société. Quiconque espère bénéficier de l'aide de l'action publique ne peut plus, comme hier, se contenter de recevoir passivement ses subsides.

De multiples injonctions fondent la nouvelle réthorique du social : activer (les prestations), reconnaître, se rapprocher, personnaliser, accompagner, responsabiliser. Plutôt que de chercher à améliorer leurs performances scolaires, les élèves en difficulté doivent, par exemple, apprendre à s'exprimer et à mettre en mots, pour mieux la construire, leur identité personnelle. Cette nouvelle philosophie de la responsabilisation des bénéficiaires de l'intervention sociale emporte avec elle un vocabulaire nouveau (contrat, projet, coopération, contrepartie, engagement, récit de soi...) qui en dit long sur cette métamorphose du social.

L'intégration exige désormais d'être actif. Il n'est plus question d'inscrire des individus dans des structures sociales stables où ils incorporent la norme sans discuter. Sans doute sommes-nous passés de la société disciplinaire analysée par M. Foucault à la société de contrôle proposée par G. Deleuze. La culture de l'individualité exige de l'individu qu'il soit lui-même, actif et qu'il s'inscrive dans un mouvement d'adhésion. Elle le somme d'avoir des exigences, des besoins singuliers, des désirs. Il ne s'agit plus de se discipliner, de se conformer, mais de vouloir se réaliser, de dire qui

Isabelle Astier,
*Les nouvelles règles
du social*,
PUF, collection
Le lien social, 2007.

« Il ne s'agit plus de se discipliner, de se conformer, mais de vouloir se réaliser. »

.../...

.../...

l'on est ou qui l'on veut devenir, de brandir une identité et d'exiger qu'elle soit respectée et reconnue. Il ne s'agit plus tant de protéger des individus que des individualités. Ces demandes biographiques multiformes constituent, en effet, une vaste fabrique des individualités. Les individus doivent se constituer en personnes authentiques. L'institution discipline moins qu'elle ne contrôle. Le « moule » se mue en « modulation » ou encore en « moulage auto-déformant » écrit Deleuze dans *Pourparlers*.

Authenticité contre reconnaissance, tels semblent être désormais les termes du contrat social. Mais ce contrat porte en lui un risque fort de dualisation. La création d'institutions à même de soutenir l'égal accès de chacun à une individualité propre est la condition sans laquelle la modernisation ne pourra plus aller sans une dualisation de nos sociétés et une naturalisation des inégalités sociales. Ici comme ailleurs, il faut rompre avec la fausse opposition de l'individuel et du collectif, de l'individualisme et du holisme pour penser la nécessaire articulation de ces dimensions et leur point de convergence et de co-production dans la notion d'institution. Les missions adressées aux institutions sont considérablement transformées par l'entrée dans ce que j'appelle la « société biographique ». ■

Mériter d'être aidée : à quel prix ?

■ **Patricia Gayard-Guégan**, responsable de formation d'assistants de service social

Djamila a un emploi du temps de ministre. Je n'arrive pas à trouver une heure de rendez-vous pour la voir dans les jours qui suivent. Elle a rendez-vous le lundi avec le chargé d'insertion pour son RMI, le mardi avec l'assistante sociale qui s'occupe d'elle pour le Fonds Social Logement, le mercredi avec le service municipal pour percevoir une aide pour l'électricité, le jeudi avec l'éducateur de l'aide sociale à l'enfance pour son plus grand fils... Certes, elle a perdu son travail, mais on lui demande un parcours du combattant et une organisation active de tous les jours. Alors, elle n'a plus de temps ni pour penser à elle, ni pour chercher du travail, encore moins pour se projeter. Elle s'épuise de rendez-vous en rendez-vous où elle rend des comptes et se raconte pour mériter d'être aidée et accompagnée. ■

Résister ensemble

Confrontés aux difficultés d'une frange de plus en plus grande de la population et au discours sur l'« exclusion » et la « fracture sociale » qui seraient inéluctables, certains travailleurs sociaux et soignants font le choix de dénoncer les injonctions paradoxales de leurs administrations. Leur éthique et leur sens de la responsabilité les amènent à une analyse politique des situations. Ils tiennent à faire crédit aux personnes quant à leur potentiel et à mettre en œuvre les complémentarités.

Usagers et professionnels peuvent ensemble réagir et le faire savoir pour que les stigmatisations ne soient plus les seules réponses aux injustices sociales. Ensemble, ils montrent qu'on peut construire des résistances. —

Ça soigne aussi

Trouver de l'aide auprès des proches et des professionnels, cela fait partie du travail de cette généraliste quand ses patients sont pris dans des difficultés sociales qui retentissent sur leur vie et leur santé.

Martine Devries, médecin généraliste

Roger M., 37 ans, est depuis quatre ans maintenant sous méthadone, et c'est moi qui la lui prescris. Il vient régulièrement, mais il prend ses rendez-vous dans la demi-heure qui précède son arrivée, il parle peu, en dit le moins possible ; il est correct, mais tout juste. Il est capable de partir sans donner sa carte Vitale, il faut lui rappeler d'enlever ses lunettes noires, et son téléphone sonne souvent pendant la consultation. Beau gosse, plutôt soigné, tout laisse croire qu'il n'a besoin de personne. Je l'ai cru. L'année dernière, toutefois, il s'est plaint de mal dormir, logeant chez son père, alcoolique malade, dans des conditions précaires. En début d'été, il a mauvaise mine, il consulte sans avoir besoin de méthadone, il est en formation de maintenance, ce qu'il a choisi, et se révèle être très important pour lui, mais il n'y arrive pas et, en particulier, il a de violents maux de tête qu'il attribue au travail sur écran. Il souhaite donc un arrêt de travail, que je lui fais, en pensant qu'il est en train de manquer sa chance... et je lui tiens un peu la jambe, sur des sujets, divers, à côté de ses maux de tête. Reparlant de son logement chez son père : celui-ci est hospitalisé, bien malade, mais Roger ne sait pas ce qu'il a, il ne peut voir le médecin qui ne reçoit qu'aux heures de bureau. C'est Roger qui règle les factures de la maison avec son RMI, il ne s'en sort pas, la retraite de son père est bloquée puisqu'il est à l'hôpital et qu'il n'a pas fait de procuration. Roger s'est adressé à la banque, qui lui a dit que ce serait le notaire qui établirait la procuration, et à l'étude, on lui a dit que ce serait le banquier. Bref, on le balade... il s'en rend compte, mais n'a pas l'énergie, ni l'aplomb pour exiger que le problème soit résolu. Tentée un moment d'appeler l'un ou l'autre des protagonistes, je me reprends, car ce n'est pas mon rôle, et puis quoi encore ? Mais je lui suggère d'aller voir l'assistante sociale, et aussi le médecin du service, ou au moins le cadre hospitalier. De fait, moi je sais, mais lui non, que son père

a un cancer de l'œsophage. Je l'encourage dans ces démarches, lui assure que cela passe avant son stage, parce que de fait, il n'a pas la tête à étudier avec des préoccupations de cette ampleur. Je lui affirme que ce sont des préoccupations légitimes, que c'est nécessaire de les avoir, il est étonné. Enfin, je lui propose de lui faire des arrêts de travail si les démarches de rendez-vous l'angoissent trop.

Il revient la semaine suivante, avec un sourire, pour avoir une justification à un jour et demi d'absence : mais le problème de la banque est réglé. Il poursuit sa formation, qu'il trouve difficile, mais il « tient ». Il n'est pas allé voir le médecin de son père.

Madame H., soudanaise, en France avec son mari et ses quatre enfants depuis deux ans, et n'ayant toujours pas l'autorisation de demander l'asile, consulte pour des douleurs du genou. Une arthrose se développe, favorisée par une prise de poids de vingt kilos depuis deux ans. Elle est hébergée, avec sa famille, dans un foyer, et on leur octroie des bons alimentaires et pas d'argent, pas de papiers. Les visites sont interdites, la seule vie sociale est menée par les

enfants qui se révèlent brillants en classe. Deux heures de cours de français par semaine. Pas de sortie, même pas de lectures : il faut des papiers pour s'inscrire à la médiathèque. Vingt kilos, c'est la conséquence logique. Au cours d'une des consultations, je m'enquiers de la contraception : elle n'en veut pas. Je m'inquiète. Fort gênée, elle confie « ne plus dormir avec son mari ». Certaines circonstances de son arrivée en France me reviennent en mémoire, et aussi sa tentative de suicide l'an dernier.

Récemment, le dossier de demande d'asile est enfin accepté : hurra ! Donc, ils doivent partir en CADA¹, ce qui sera sûrement plus approprié que le foyer ici. Mais le départ est organisé, en train à six personnes, avec un changement de gare à

« C'est quand même moi qui ai trouvé six des douze valises nécessaires. »

Paris. Cela ressemble quand même à un départ forcé, elle en a déjà vécu de dramatiques, et cela réveille angoisses et drames.

Il ne s'agit pas de prescrire des anxiolytiques : mais m'inquiéter des modalités du voyage, trouver des bénévoles qui vont les aider à trier et faire les valises, (c'est quand même moi qui ai trouvé six des douze valises nécessaires !), soutenir la personne amie qui avait envie de faire une fête de départ pour eux, aller à la fête... Sans rompre le secret médical, sachant ce que ça représentait pour elle, et vers quelle pathologie cela l'entraînait, je trouve que c'est mon travail aussi de prendre en compte, et d'essayer d'éviter que ce déménagement soit vécu comme les autres. Las ! Sur le quai de la gare, au milieu du fouillis de valises et d'enfants, alors que les autres voyageurs prêtaient volontiers main-forte, j'ai quand même entendu une professionnelle du foyer dire : « Laissez-les porter leurs valises, il faut qu'ils se responsabilisent. »

Dominique D., 41 ans, est le premier patient à qui j'ai prescrit du Subutex®, c'est dire qu'on se connaît depuis longtemps. Il travaille par poste sur les bateaux, est très apprécié et fier d'une promotion importante. Père d'une grande adolescente, il a ces dernières années soigné sa mère grabataire, puis accompagné son père mort maintenant d'un cancer. Sa grand-mère démente vit dans la maison mitoyenne de la sienne, avec des troubles graves du comportement. La maison de retraite semble exclue du fait du coût. La semaine dernière, il consulte pour avoir un arrêt de travail : sa grand-mère est sortie après une hos-

pitalisation de quelques jours en cardiologie, alors qu'il était au travail, un samedi après-midi, pas d'aide-soignante ni d'infirmière prévenues, une diarrhée pour couronner le tout. Il s'est disputé avec sa fille qui ne supporte plus, et lui, après quatre changes, un ménage complet de la chambre, et deux repas, il n'en peut plus. Il fait la remarque « C'est bien plus difficile avec quelqu'un qui perd la tête ». Je fais l'arrêt de travail, et on discute. Je lui fais remarquer qu'il y a une aide financière temporaire lorsque une personne sort de l'hôpital : j'ai entendu ça dans les discussions de réseau, mais je n'y connais rien. Je lui propose de joindre le réseau Passerelles ; la coordinatrice lui fixe un rendez-vous le lendemain chez sa grand-mère. Elle restera démente, mais la prise en charge à domicile va se révéler possible, pour un temps, avant de lui trouver un établissement adapté.

Pour ces patients là, dont je connais certaines « histoires de vie » parce que je suis leur médecin, parce qu'il y a un lien de confiance réciproque, j'ai l'intuition, et la force suffisante pour convaincre d'autres personnes, dont c'est davantage le rôle, qu'il faut s'occuper de ce qui crée la maladie, plutôt que de prescrire examens multiples et médicaments encore plus nombreux. Et, oui, je prescris des arrêts de travail qui permettent de soigner sinon des maladies, du moins des causes de maladie. Et l'Assurance maladie ne serait pas d'accord ! Pour d'autres patients, ils n'ont pas parlé assez, je n'ai pas su attendre et écouter, ou cela ne relève pas de la même démarche, je fais de la médecine... ■

1. Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile.

Un vrai toit pour tous

Des assistantes sociales ont fait le choix de s'engager auprès d'associations d'usagers au sein d'une coordination afin de créer ensemble les conditions du respect du droit au logement.

Dominique Vilaine, assistante sociale scolaire

La coordination des travailleurs sociaux du 93 pour le droit au logement pour tous a été créée en 2002 à l'initiative d'assistantes sociales travaillant dans différentes institutions : mairie, services départementaux, hôpitaux, éducation nationale... Elle est née de la colère des professionnelles ne parvenant plus à exercer leur métier au service des usagers et de ne plus pouvoir répondre à leurs demandes légitimes.

Ce ras le bol ressenti individuellement est devenu collectif et a permis de construire une lutte qui dure depuis cinq ans.



Dans un premier temps, nous avons établi ensemble un état des lieux du mal logement, errance, logements vétustes, dangereux, centres d'hébergement saturés, hôtels minables, 115 injoignable... Ensemble, nous avons pris conscience de l'ampleur des graves conséquences pour la vie quotidienne des personnes, comment vivre seul ou en famille dans en telle précarité ? Tout devient compliqué, voire impossible : dormir, manger, se laver, se soigner, étudier, travailler, cette violence au

quotidien génère des conflits, des tensions et des violences dans les liens amicaux et familiaux.

Cette prise de conscience a changé notre approche des personnes mal logées, pouvoir comprendre et parler de cette relation intime que chacun entretient avec son logement ou son absence, sa perte. Accepter et entendre cette souffrance, cette angoisse, cette violence, les reconnaître et les dénoncer a été le premier chantier de la coordination.

Ensuite, nous avons décortiqué les textes et lois sur le logement. Nous avons élaboré une plateforme de revendications et de propositions que nous avons défendue auprès des élus.

Ce mouvement de professionnelles est devenu au fil des luttes également un mouvement militant et citoyen (cette question du militant et du professionnel est un débat sans cesse renouvelé).

Nous nous sommes engagés au côté des collectifs de mal logés existants sur plusieurs villes et avons contribué à la création d'un réseau de lutte au niveau du départemental.

Grâce à notre connaissance du terrain, à l'élaboration de propositions concrètes et à notre participation dynamique aux manifestations pour s'opposer aux expulsions et défendre le droit au logement, nous avons acquis une légitimité sur le département et même au niveau national.

Cette coordination a changé notre et ma façon de travailler et d'être avec les usagers. Nous avons besoin, ensemble, de sortir de l'isolement, de rompre avec le sentiment d'impuissance, de refuser la culpabilisation (des professionnels pas assez efficaces et des usagers assistés, tricheurs ou de mauvaise foi), d'inventer des solidarités nouvelles et de créer ensemble les conditions du respect des droits fondamentaux. ■

Rencontre de Quartier

Agir, c'est le choix de professionnels pour prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées.

IFrédérique Sabadie, étudiante assistante sociale à l'école normale sociale
Christine Lebée, cadre socio-éducatif, responsable du Point Paris Émeraude du 18^e arrondissement

La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées réside dans la vigilance de l'ensemble des intervenants institutionnels (aides ménagères, médecins, travailleurs sociaux...), et de l'entourage direct de la personne (famille, amis, voisins, commerçants...). L'isolement social constitue l'un des premiers facteurs aggravants de la perte d'autonomie fonctionnelle chez la personne âgée.

Fort de ce constat, le Point Paris Émeraude (PPE) ¹ du 18^e arrondissement a choisi d'agir sur la dynamisation du lien social, en proposant l'organisation d'un Café des Âges au sein d'un quartier concerné par un plan de rénovation urbaine : la cité Charles Hermite.

Cette cité en briques rouges construite dans les années 1930 est classée en zone de risques naturels, de surveillance et de lutte contre les termites et en zone à risque d'exposition au plomb. Situé entre le boulevard périphérique et le boulevard Ney, l'accès est entravé par une immense zone industrielle et une voie ferrée sur laquelle est située une gare, aujourd'hui désaffectée. L'accès aux transports en commun est difficile, et il n'y a presque plus de commerçants. L'ensemble du quartier se trouve totalement enclavé, et isolé du reste de la ville. La précarité y est très importante. Les habitants le décrivent comme un « village dans la ville », et se sentent « oubliés de tous ». Ainsi deux sentiments coexistent : un attachement affectif au territoire et un rejet.

Beaucoup de personnes âgées habitent dans la cité aujourd'hui ; elles y sont arrivées dans leur petite enfance, ou y sont nées. Plusieurs générations vivent ensemble et souhaitent y rester.

Cinq mois ont été nécessaires pour organiser la rencontre, qui s'est déroulée le 25 avril 2007. Le principe fondamental de cette initiative consistait à ce que l'action soit reprise par la suite, avec le désengagement progressif du PPE. Ainsi, notre

positionnement face aux partenaires était clair : nous proposons l'idée et les moyens financiers, l'organisation pratique relèverait du choix des acteurs locaux.

La seconde prérogative était la participation effective des habitants dans l'élaboration du Café des Âges, afin que cette action leur soit réellement destinée et qu'ils puissent l'investir. Aussi, le choix d'un café, lieu de rencontres et de convivialité, s'est rapidement imposé.

L'équipe de développement local nous a tout d'abord introduits auprès des partenaires que celle-ci avait déjà identifiés : l'animateur du Club Senior de la cité, l'équipe de l'Espace Jeunes ainsi qu'une compagnie de théâtre « À Tire d'Ailes », qui propose déjà un atelier de lecture de contes pour les adultes.

Nous nous sommes ensuite mobilisés pour permettre à un plus grand nombre de partenaires de participer à l'action : l'amicale des locataires, la régie de quartier, le club de prévention et le PIMMS ². L'animateur du club, pour sa part, a proposé aux habitants de venir aux réunions d'organisation.

Certains d'entre eux se sont investis et ont pu orienter l'action selon leurs souhaits. Ils ont rapidement trouvé que la locution « Café des Âges » était stigmatisante, et n'engageait finalement que les « vieux » à venir. Ils ont choisi de l'intituler « Rencontre de Quartier », ce qui fut adopté par tous. Le principe d'un débat sous forme de petits sous-groupes leur est apparu peu attrayant ; ils ont préféré celui d'un échange sous la forme d'une séance de théâtre forum. Enfin, c'est avec eux, et en partant du constat d'une incompréhension entre « jeunes » et « vieux », et

« Le choix d'un café, lieu de rencontres et de convivialité, s'est rapidement imposé. »

.../...

.../...

entre « anciens » de la cité et « nouveaux », que le choix du thème des « *a priori* » s'est imposé pour l'action.

Une quarantaine de personnes a participé à la Rencontre de Quartier. Introduite sous forme ludique par les clowns de la compagnie « À Tire d'Aile », la séance de Théâtre forum a été assurée par les jeunes de l'Espace Jeune et l'animatrice de la compagnie « Arc en Ciel », qui est intervenue dans le cadre d'un projet financé par la Mairie de Paris.



Le dialogue s'instaurant, ponctué parfois d'échanges passionnés, a finalement permis de débloquent certaines situations du quotidien... »

De nombreuses idées ont pu être développées dans le débat, et notamment le rejet de la stigmatisation, et l'acceptation de l'autre. Les personnes âgées ont pu dire, en effet, qu'elles appréciaient vraiment les enfants de la cité, mais qu'il était souvent difficile d'aller au devant d'eux, exprimant parfois leur crainte d'être rejetées. Elles regrettaient la perte d'une forme d'appropriation collective de l'éducation des enfants au sein de la cité, qu'elles-mêmes avaient connues par le passé.

Le dialogue s'instaurant, ponctué parfois d'échanges passionnés, a finalement permis de débloquent certaines situations du quotidien, et de lever les incompréhensions entre générations. Il a permis la rencontre entre les anciennes familles investies de la mémoire de la cité, et de son identité culturelle de quartier avec les nouveaux arrivants, qui ont des trajectoires de vie et des parcours migratoires différents.

Ainsi, cette expérience a permis d'impulser des rencontres qui sont le point d'ancrage du développement d'un réseau amical et de voisinage qui ne peut être que favorable au maintien à domicile des personnes âgées.

Les professionnels du social et du médical, certes, interviennent auprès d'eux. Cependant, il s'agit d'interventions professionnelles et ponctuelles, orientées par l'institution et ses missions. Cette action initiée par le PPE a pris finalement tout son intérêt lorsque les professionnels se sont mis en retrait, et ont accepté en toute modestie de se dessaisir du projet pour laisser pleinement place à l'implication volontaire des habitants. Ceux-ci ont entendu que les points de vues pouvaient diverger, mais que chacun pouvait s'exprimer librement dans le respect de sa parole et de ses opinions.

Il s'agit là d'un premier pas vers l'instauration de moyens de prévention de la santé communautaire, non pas seulement pour les personnes âgées, mais pour l'ensemble des habitants. En effet, se confronter, rire ensemble, ne peut-être que bénéfique à la santé d'un quartier et de ses habitants. ■

1. Le Point Paris Émeraude du 18^e est un Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC). Ses missions sont définies par les textes de référence des CLIC (consultables sur le site www.personnes-agees.gouv/dossiers/clic.index.html), et orientées par le schéma gérontologique 2006-2011, « Paris et ses aînés », qui fait de la perte d'autonomie un des axes phares de la politique sociale en faveur des personnes âgées pour le département de Paris. Il s'agit d'un pôle d'accueil pour les habitants âgés de l'arrondissement et leurs familles, proposant information, orientation et accompagnement. Le PPE propose également un soutien aux professionnels du secteur médico-social, par la mise en place d'instances d'aide à la décision et se positionnant en coordonnateur des actions en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie. Enfin, il met en place de nombreuses interventions sociales d'intérêt collectif sur le territoire.

2. PIMMS : Point d'information et de médiation multiservices.

Ensemble à l'école

Une équipe choisit d'être au plus près du ressenti des jeunes sur la santé pour faire de la prévention.

Nathalie Victor, médecin directeur du SCHS de Montreuil (93), anciennement médecin de l'éducation nationale
Patricia Gayard-Guégan, responsable de formation des assistants sociaux à l'École Normale Sociale, anciennement assistante sociale scolaire

Dans une ville de la banlieue nord de Paris, il y avait un collègue au fond d'une cité de relégation sociale avec ses élèves, ses professeurs, son administration et puis une assistante sociale, deux infirmières et un bout de médecin scolaire (une demi-journée par semaine). Dans cette ville, il y avait aussi une équipe de PMI, une équipe de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et un centre municipal de santé.

L'équipe médico-sociale scolaire s'est interrogée sur ses propres pratiques en matière de prévention et de promotion de la santé.

Partant du constat d'un grand décalage entre le cadre imposé par l'institution et les réalités vécues par les élèves, leurs familles et leur quartier, les deux infirmières, le médecin et l'assistante sociale scolaires décident de faire la grève de la prévention. Cette « grève » rencontrait dans le même temps l'envie des puéricultrices et de la conseillère conjugale de PMI, des médecins du centre municipal de santé et des éducateurs de l'ASE d'investir l'école comme terrain privilégié pour l'éducation à la santé.

Une grande confrontation s'est développée, portée par des rencontres mensuelles au cours desquelles se sont affrontées deux conceptions de la prévention en santé publique. Un psychosociologue, responsable du lieu d'écoute de la ville, a porté les débats durant une année. Par les connaissances dont il a nourri le groupe, il l'a rendu productif.

Les conflits de représentations portaient sur des conceptions, au départ, très éloignées de la prévention. Les points de vue oscillaient entre un interventionnisme frôlant la propagande et le contrôle social, et une nonchalance parfois qualifiée de non assistance à personne en danger.

Les tenants des conceptions dirigistes insistaient pour mettre au point des programmes d'actions thématiques en fonction des grandes causes de

santé publique. Ils s'opposaient aux promoteurs des méthodes de santé communautaire qui souhaitaient s'appuyer sur les besoins, en particulier les réalités, les connaissances et les demandes des élèves et la participation active des usagers aux programmes de santé. Malgré la vivacité des débats, les points de vue se sont rapprochés au cours du temps après la mise en commun des connaissances de nos différentes institutions et de nos métiers respectifs. Pour certains, la priorité était de rendre les élèves actifs ; pour les autres, le plus important était de pouvoir avoir accès aux élèves dans l'école et aborder des thématiques liées à la santé publique. Après des négociations actives, nous avons fait, ensemble, le pari qu'une fois les élèves actifs, il serait possible d'envisager ces thématiques.

De ce travail en commun est sortie une nouvelle méthodologie. Les professeurs et la principale du collège ont été d'accord pour expérimenter cette nouvelle méthode.

L'idée centrale consistait à partir des représentations des élèves en matière de santé et de les suivre sur leurs priorités. Après un recueil anonyme des représentations, la pensée collective de la classe lui était restituée et un débat s'engageait avec les adolescents sur les pratiques de vie qui sont susceptibles d'améliorer ou de détériorer la santé. Enfin, les élèves étaient partie prenante dans l'établissement du programme des interventions en fonction de leurs intérêts pour les sujets. Ainsi, nous avons traité de l'esthétique, du dopage ou de la vie relationnelle avant d'aborder les thèmes classiques comme la contraception, le Sida ou les addictions.

« Se sont
affrontées
deux
conceptions
en santé
publique. »

.../...

.../...

Nous pouvons tirer de cette méthodologie une évaluation positive. Cependant, elle exige des intervenants de l'éducation nationale ou de l'extérieur un engagement vis-à-vis des élèves et le respect de leurs conceptions en matière de santé. La principale évolution en matière d'éducation à la santé dans un établissement scolaire consiste à ce que les élèves deviennent actifs dans le choix des débats, des thèmes et surtout ils ont souvent, pour la première fois, l'occasion de faire part de leurs opinions en matière de santé. Cela nous semble de nature à pouvoir améliorer l'adhésion à des changements de comportement ou au renforcement d'attitudes positives protectrices, puisque ce sont les élèves eux-mêmes qui trouvent les solutions.

Cette expérience a été également très positive pour les professionnels de la santé, du social et du

monde éducatif qui, forcés de travailler ensemble devant les difficultés, ont réussi à transformer leur point de vue, à apprendre des différentes professions, et à mutualiser des expériences pour innover au service des élèves et de leurs familles. Les professionnels de santé et du social ont intérêt à risquer de comprendre et de tenir compte des représentations de la santé des personnes avec lesquelles ils travaillent. C'est un savoir à part entière dont le mépris ou l'ignorance sont parmi les plus grands freins au changement.

Pour conclure, voici la parole d'un élève, qui comme le décrivaient ses professeurs « était plutôt absent dans sa présence » ; lors d'une séance très animée à laquelle il avait beaucoup participé, il a répondu devant l'étonnement de son professeur : « Oui, j'ai beaucoup parlé parce qu'aujourd'hui, on a parlé de nous. » ■

Un séminaire à haut risque

Idier Ménard, médecin généraliste

En 1998, la toxicomanie à l'héroïne explosait, avec les dégâts monstrueux des overdoses et des contaminations par le VIH et les hépatites. Le réseau de Saint-Denis contre le VIH et les toxicomanies proposa un séminaire de formation à une quinzaine de médecins généralistes et spécialistes et une quinzaine d'assistantes sociales, de la ville et de l'hôpital ou d'autres structures de soins.

Candides, nous avons commencé cette formation par un travail sur les représentations de nos métiers et nos pratiques professionnelles. Je me revois angoissé quand, devant l'assemblée, il fallut donner les résultats de cette première séquence. Le résultat était, sans caricature : pour les médecins, les assistantes sociales ne servent pas à grand-chose, ne sont jamais disponibles, plus préoccupées par leur petite vie que par la situation des malades... Pour les assistantes sociales, les médecins réfléchissent à ras le portefeuille et les malades n'ont pas de vie sociale... Cela commençait bien !

Puis, nous avons abordé la non moins périlleuse problématique du travail en réseau. Les pratiques coopératives, l'apprentissage des rôles de chacun sur l'itinéraire de la personne malade, la non hiérarchisation entre les acteurs du réseau, le chevauchement des territoires de compétences, la

communication entre acteurs de soins, le secret et la confidentialité, et comment faire avec l'expertise des malades. Petit à petit se dessina une approche partagée sur les savoir-faire et les savoir-être. Car l'interaction entre le médical et le social est évidente dans la vie du toxicomane. Encore faut-il admettre que le travail du médecin et celui du travailleur social se nourrissent l'un de l'autre. À la fin du séminaire, les médecins et les assistantes sociales s'échangeaient leurs adresses. L'histoire montra que ceux qui participèrent à cette formation développèrent effectivement un travail en réseau. Malheureusement, les mutations des travailleurs sociaux, et le soutien très relatif de leurs hiérarchies sur le travail en réseau, rendent difficile l'inscription de ce travail dans la durée. Pour gagner la bataille du « travailler ensemble », médecins et travailleur sociaux, il faudrait intégrer cette notion dans leurs formations initiales.

Le travail en réseau montre qu'il existe des valeurs communes entre soignants du monde médical et du monde social et qu'il ne peut y avoir de partage des compétences sans respect réciproque, ni sans être persuadé que la défense de ces valeurs dans nos corps de métier est indispensable pour agir ensemble. ■

Les ambivalences du social

Une philosophe dénonce la duplicité des institutions et du discours ambiant qui cache la destruction du lien social sous la notion de crise. Elle plaide pour une repolitisation des enjeux sociaux.

Christiane Voltaire, philosophe

En ne cessant d'affirmer, à l'encontre de l'idéologie du tout-biologique qui sous-tend l'institution médicale, que le médecin ne soigne pas un corps mais un sujet, une médecine authentique n'établit pas seulement une relation psychosomatique, mais aussi une relation individuel-collectif. Un sujet n'est pas seulement une personne individualisée, c'est aussi un nœud de relations inscrit dans une société, rendant le corps physique indissociable du corps social. C'est cela que le spécialiste, tout autant que le généraliste, reçoit dans son cabinet. C'est cela aussi que l'interne, tout autant que le chef de service ou l'infirmier, traite à l'hôpital. Mais dès qu'apparaît, précisément, la question sociale, surgit une redoutable contradiction interne : si le terme social, dans son origine, désigne tout ce qui fait lien, dans ses acceptions contemporaines, au contraire, il tend paradoxalement à signifier, de façon très insidieuse, ce qui fait rupture. C'est à ce double sens, et aux violences qu'il engendre, que la pratique médicale est quotidiennement affrontée.

Un glissement de sens

Ce glissement de sens insidieux, le dictionnaire Robert le met en évidence par les trois définitions successives qu'il donne au terme : d'abord ce qui forme une société, ensuite ce qui est propre à une société constituée, enfin ce qui est relatif aux rapports entre les classes de la société. D'une définition unifiante (celle qui suppose le « contrat social »), on est passé à une définition clivante. Celle qui, à partir d'un partage de classes, donne lieu à l'activité du travailleur social, et aboutit au substantif « faire du social ». Il s'agira alors de « venir en aide à ceux qui en ont besoin », de « mesures en faveur des plus défavorisés », de « corriger les disparités ». Quels que soient les euphémismes en usage dans les dictionnaires, ils ne peuvent que prendre acte de ce passage d'un

modèle unifiant à une réalité discriminante, qui sous-tend le sens correctif accordé au substantif. On ne peut « faire du social » que là où il y a désocialisation, et le terrain du « travailleur social » est, dans bien des cas, le lieu même de cette désocialisation. Celui du besoin, celui de la disparité. Le travailleur social tente en quelque sorte une réparation, une attelle sur cette « fracture sociale » produite et sans cesse reproduite par la réalité politique du terrain sur lequel il travaille.

Or il se trouve que cette disparité sociale produit aussi de la disparité organique, et que bien évidemment les conditions d'une existence quotidienne précaire sont aussi les conditions d'un vécu corporel pathologique : dégradation de l'hygiène liée aux conditions d'habitat, propagation des conduites addictives, manque d'attention à soi, risques liés à la promiscuité, obstacles, institués et intériorisés, à l'accès aux soins, sont autant de marqueurs qui associent étroitement les problématiques du travailleur social et les problématiques du travailleur médical, affrontés aux mêmes réalités de terrain.

Une injonction contradictoire

Cette réalité est aussi celle du « double bind », de l'injonction contradictoire analysée par Pierre Bourdieu dans *La Misère du monde*, paru en 1993. Dans tous les métiers liés au social, il va mettre en évidence ce qu'il appelle la « mauvaise foi de l'institution », qui se traduit d'abord par une dévalorisation des métiers du social, en termes symboliques et en termes de rémunération, dans le temps même où ils sont jugés indispensables. Ainsi donne-t-il l'exemple de ce juge d'application des peines discrédité par sa propre institution judiciaire :

« Il est en outre regardé de très haut par les

« Le concept d'exclusion est destiné à nier la réalité des rapports de classe. »

.../...

.../...

magistrats, pour qui il représente le *social*. »

Et il le cite :

« C'est pas intéressant, le social : c'est l'emmerdeur et (...) c'est de la seconde zone (...) c'est pas du judiciaire noble (...). Le judiciaire, c'est la rédaction des actes judiciaires (...) c'est des problèmes juridiques (...) Mais quant à accompagner les gens dans leur vie pour savoir ce qu'ils deviennent et essayer de les aider, ça c'est... »¹

On peut remplacer « judiciaire » par « médical »,

et on trouvera exactement la position dans laquelle le médecin conscient de sa responsabilité sociale se trouve face à son institution et à ses collègues notabilisés : « accompagner les gens dans leur vie pour savoir ce qu'ils deviennent », c'est cela même qui apparaît comme le comble du discrédit. Par le fantôme d'un effet de contamination, l'accompagnement social devient une figure de la déchéance professionnelle, et la relation d'aide une forme de la trahison de classe.

Autrement dit, de même que le juriste qui vise à



réaliser le droit, le médecin qui cherche véritablement à soigner va se trouver, par l'effet même de son exigence d'efficacité, destitué de la reconnaissance professionnelle de son milieu. Là où la finalité d'une fonction sociale est réalisée, c'est cette fonction même qui est dévalorisée.

Le « judiciaire noble », c'est celui qui ne se frotte pas à la réalité du justiciable, de même que le médical noble est celui qui ne se frotte pas à la réalité du patient. Et ce mépris pour le réel n'est rien d'autre que la condition même d'une pérennisation des rapports de classe : la mise en œuvre du concept de « noblesse » reproduit ce que Bourdieu appelle ailleurs la « distinction », légitimation aristocratique des rapports de classe, qui n'établit du « social » que pour naturaliser les disparités. C'est cette reconduction des rapports de classe au sein même d'une institution prétendument démocratique, que Bourdieu qualifie de « mauvaise foi institutionnelle » :

« Si l'on appelle mauvaise foi, avec Sartre, le mensonge de soi-même à soi-même, on peut parler de mauvaise foi institutionnelle pour nommer la propension constante des institutions d'Etat à refuser ou à récuser, par une sorte de double jeu et de double conscience collectivement assumés, les mesures ou les actions réellement conformes à la vocation officielle de l'État. »²

Lire cela, c'est comprendre qu'il y a bien des raisons politiques, et parfaitement concertées, au travail de Sisyphe que représente la tentative de prise en considération sociale d'un patient désocialisé. C'est comprendre aussi que les résistances auxquelles s'affrontent le médecin comme le travailleur social ne sont pas extérieures, mais au contraire constitutives de la commande sociale elle-même. Et que pour les contourner, il faudra beaucoup plus que de la bonne volonté : une intelligence aiguë de la duplicité institutionnelle.

Les ambiguïtés du concept d'exclusion

C'est du reste de cette duplicité que relève le concept même de l'exclusion comme opérateur d'analyse des relations sociales, tel que l'analyse Luc Boltanski dans *Le Nouvel esprit du capitalisme*. Et il en montre l'irruption historique :

« L'exclusion se présente comme un destin (contre lequel il faut lutter), non comme le résultat d'une asymétrie sociale dont certains hommes tireraient profit au détriment d'autres hommes. L'exclusion ignore l'exploitation. Cet argument est explicitement développé par Jean-Baptiste de Foucauld, commissaire au Plan au début des années quatre-vingt-dix, et

sans doute l'un des hauts fonctionnaires qui a pris le plus fortement à cœur la lutte contre l'exclusion. »³

Cette opposition de l'exclusion à l'exploitation recouvre un déni : celui de la responsabilité politique. Le concept d'exclusion sociale est destiné, Boltanski le montre ici, à nier la réalité des rapports de classe, à occulter la responsabilité politique du clivage social, pour en faire ce qu'il appelle ici un « destin ». Il s'agit en quelque sorte de naturaliser la différence sociale, de la dépolitiser, pour admettre qu'elle puisse faire l'objet d'une « aide » au sens humanitaire du terme, non d'une revendication. Il s'agit de dissoudre toute dénoncia-

tion possible d'une logique de profit (celle de la spoliation de dépossédés au profit de possédants), pour l'euphémiser dans une logique de fatalité où les liens de cause à effet sont effacés, où les rapports de classe ne relèvent pas de la violence économique-politique, mais de la destinée.

On admettra qu'il y a des exclus que l'on peut aider, dans la mesure même où cela évite de reconnaître qu'il s'agit d'exploités que l'on a spoliés. Et cette dépolitisation pousse bien à toutes les formes de l'apitoiement, mais à aucune possibilité d'exiger ni le droit, ni la réparation, ni l'égalité sociale. Le concept d'exclusion semble ainsi avoir été créé pour justifier l'intervention non polémique du travailleur social, pour limiter le travail social à la petite réparation, pour promouvoir des choix de type « SAMU social », qui naturalisent la désocialisation pour l'assimiler à une forme de destination biologique :

« Dès lors, le risque d'une régression vers des explications qui fassent uniquement appel aux capacités naturelles des personnes, voire à leur patrimoine génétique, aussi peu légitimes soient-elles, n'est pas à négliger : les uns, bien dotés de capacités multiples, ont su saisir les opportunités que les autres, moins intelligents ou affligés de handicaps (quand ce n'est pas de vices) ont laissé passer. »⁴

La séparation du social et de l'économique

Cet effet de naturalisation est ressaisi, dès le prologue de l'ouvrage, dans un contexte économique-politique dont l'auteur met en évidence la contradiction explosive :

« Ce livre – dont le projet a été conçu au début de 1995 – est né du trouble, commun à de nombreux observateurs, suscité par la coexistence d'une dégradation de la situation économique et sociale d'un nombre croissant de personnes, et d'un capitalisme en pleine expansion et profondément réaménagé. »⁵

Dénonçant cette contradiction, il dénie toute

« Limiter le travail social à la petite réparation. »

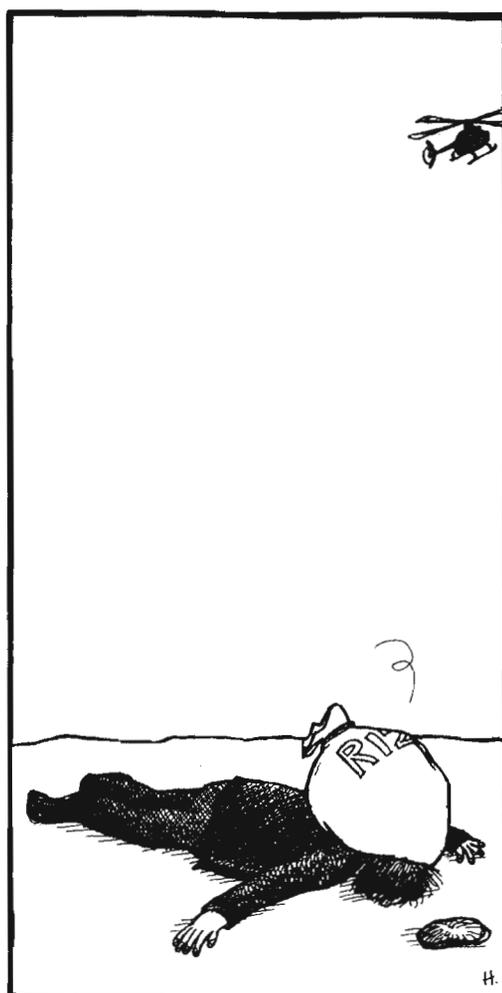
valeur à ce qu'il appelle une « topique de la crise ». Il n'y a pas de crise économique, mais au contraire une radicale « séparation du social et de l'économique », c'est-à-dire de l'accumulation des richesses et de son bénéfice en termes humains. Autrement dit, l'expansion économique va de pair avec la dégradation sociale. Et cela va à l'encontre de ce que prétendait le libéralisme originel d'Adam Smith au XVIII^e siècle, mais aussi à l'encontre de l'esprit même des Lumières, pour qui le progrès technologico-économique devait accompagner le progrès social.

Il montre comment cette « restructuration du capitalisme » dans les trente dernières années a eu pour premier effet une déstructuration du système social, passant par la flexibilité du travail et produisant inévitablement des formes massives d'insécurité sociale. Là où l'accroissement des revenus de la rente devenaient exponentiel, dans le même temps où s'amenuisaient de façon tout aussi exponentielle les revenus du travail, on ne peut plus mettre en relation, comme le faisait Max Weber, l'éthique protestante et l'esprit du capitalisme. Mais on doit au contraire affirmer une radicale dissociation de l'éthique et du politique, qui recouvre exactement la séparation du social et de l'économique.

C'est précisément dans ce contexte non pas de crise, mais de destruction du lien social intentionnellement accomplie en vue d'une très simple logique de profit, que travaillent les médecins comme les intervenants sociaux. Et c'est aux terminologies biaisées de la « crise » et de l'« exclusion » qu'ils doivent à la fois s'affronter et s'opposer pour tenter de comprendre leur propre contexte d'intervention.

C'est donc seulement à partir d'une dénonciation radicale des injonctions paradoxales auxquelles ils sont affrontés, en inversant la spirale de dévalorisation dans laquelle ils sont aspirés, qu'ils pourront revaloriser et promouvoir les revendications de ceux qu'ils sont appelés à défendre. Mais cela suppose, en effet, d'assumer une authentique responsabilité conjointe du médecin et du travailleur social, par leur pratique et leur connaissance du terrain, dans la repolitisation des enjeux sociaux. ■

1. (Dir.) Pierre Bourdieu, *La Misère du monde*, Seuil, 1993, p. 377.
2. *Ibid.*, p. 381.
3. Luc Boltanski et Eve Chiapello, *Le Nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, NRF Essais, 1999, p. 436.
4. *Ibid.*
5. *Ibid.*, p. 17.



Résister ensemble contre la loi prévention de la délinquance

Face aux nouvelles lois qui renforcent le contrôle social, des professionnels se mobilisent ; c'est ce que nous relate un médecin de PMI impliqué dans cette lutte.

Entretien avec **Bruno Percebois**, médecin PMI à Épinay, dans le 93

Pratiques : Médecin de PMI qui travaillez avec des travailleurs sociaux, vous avez tout de suite vu les dangers des projets de loi sur la délinquance ?

Bruno Percebois : Les médecins de PMI sont à la charnière du social et du médical. Dans le cadre d'une approche globale des problèmes de santé, nous sommes en relation avec les professionnels de l'action sociale. Nous avons également l'habitude de nous concerter avec les travailleurs sociaux, notamment dans le cadre de la protection de l'enfance dans des réunions hebdomadaires, qui sont des espaces de réflexion où nous échangeons des informations et cherchons à élaborer des réponses après en avoir informé les parents. Mais il faut rappeler aussi que la PMI est un service de promotion de la santé, pas seulement de protection de l'enfance.

Il y a quatre ou cinq ans, on a vu apparaître un avant-projet de loi nous engageant à dire aux maires si nous connaissions des familles ayant des problèmes sociaux. Cela avait commencé fin 2003 dans les clubs de prévention, avec la pression des autorités locales sur les éducateurs de rue, pour savoir de qui ils s'occupaient. La mobilisation a commencé en Savoie, après la signature par la direction d'un club de prévention d'un protocole de partage d'informations avec le Conseil Général et les autorités policières. Des manifestations ont eu lieu, puis des assemblées générales quand l'avant-projet de loi sur la délinquance est sorti, pour dénoncer ce texte. Un collectif national unitaire (CNU)¹ est né, avec des professionnels, syndiqués ou non et la participation de syndicats et d'associations. Localement, nous avons créé le « Collectif 93 de résistance au contrôle social ». En

2004, plus de 20 000 personnes manifestaient à Paris pour le retrait du projet de loi. Ce texte, qui dit : « Il faut faire de la prévention pour lutter contre le défaut d'insertion dans la société qui peut engendrer de la frustration morale pouvant déboucher sur des comportements déviants, le repli communautaire, l'intégrisme et la délinquance »... stigmatise les jeunes et les immigrés et fait l'amalgame entre pauvreté et risque de délinquance.

Bruno Percebois est membre du SNMPMI (syndicat national des médecins de PMI), membre du CNU (collectif national unitaire) et du collectif 93 de résistance au contrôle social

Quels sont les dangers et les dérives des tentatives de transfert des compétences des services médicaux et sociaux aux administrations publiques ?

Les services médicaux et sociaux sont le plus souvent déjà des administrations publiques (Conseils Généraux le plus souvent). Ce n'est pas tant un transfert des compétences qui se fait, mais plutôt l'apparition et l'empilement de tout une série de dispositifs avec des superpositions de champs d'intervention et, surtout, des dispositifs avec un « mode d'emploi » qui procède d'une logique de signalement et de surveillance. On a l'impression que les services sont de moins en moins là pour aider, accompagner des populations ayant des problèmes, mais pour intervenir sur des populations qui sont regardées comme « posant problème » à la société.

À Stains, avec les enseignants, nous nous sommes opposés au Programme de réussite éducative (PRE). Ces dispositifs gérés par les maires demandent aux écoles de signaler les enfants en difficulté. Le PRE est sous la responsabilité du maire, deux personnes reçoivent les familles signalées par l'école : des enfants qui posent des problèmes,

.../...

.../...

en cas d'absentéisme... pour mettre en place un soutien individualisé sur dossier nominatif. Ce dispositif vient d'une certaine manière en superposition aux dispositifs internes à l'éducation nationale, comme les RASED. Des directeurs avaient commencé à « dénoncer » des familles, les parents ont protesté à l'école, les instituteurs ont refusé de participer. La fiche de signalement ou « fiche portrait » décrit les raisons de l'orientation de la famille, la famille n'étant pas obligatoirement au courant du signalement... Les parents sont reçus en entretien à la mairie, où ils se racontent en toute confiance, puis doivent signer un contrat pour s'inscrire dans une action. Des notes sont prises et gardées : qui aura accès à ces données à caractère social ? Combien de temps ces dossiers seront-ils gardés ? Avec la politique dite de prévention de la délinquance, également sous la responsabilité du maire, il y a de gros risques de voir des

répercussions possibles sur les pratiques médico-sociales et les conséquences sur les relations avec les usagers des services.

Les professionnels sur le terrain sont-ils conscients de ces dangers et du rôle qu'on veut leur faire jouer ?

La pression est forte. L'action sociale est dévalorisée et sous-traitée. Dans certains dispositifs, on voit arriver des personnes qui ne sont ni qualifiées ni formées, aux statuts précaires, ce qui aussi facilite les pressions. Nous constatons une tendance lourde, une volonté des autorités, notamment municipales, à avoir des informations sur les familles par tous les biais. À Orléans, quand des éducateurs de prévention ont refusé de collaborer, ils ont été licenciés et remplacés par une association plus « docile ». Cet été, une assistante



informations recueillies dans le cadre du PRE être recyclées dans la prévention de la délinquance.

La PMI aussi a été contactée pour établir des fiches.

Avec la décentralisation, et la question des financements, il y a des pressions pour appliquer les dispositifs et le mode de fonctionnement qu'ils impliquent, en échange de subventions pour nos actions. On voit l'incidence du politique, les

sociale a été placée quelques heures en garde à vue pour avoir refusé de divulguer des informations sur une famille. Certains maires créent des CDDF (conseil pour les droits et devoirs de la famille) et veulent que les travailleurs sociaux y participent. Ils peuvent convoquer des parents dont l'enfant « crée des troubles à la tranquillité ou à la sécurité publique », soit tout enfant qui pose des problèmes au collège. Le maire peut

ensuite utiliser des informations ainsi obtenues dans le cadre du CLSPD (contrat local de sécurité et de prévention de la délinquance). Dans les collectifs, les professionnels réagissent face au contrôle social qu'on veut leur faire jouer dans ces instances. Pour résumer, les nouvelles dispositions législatives, le rapport de l'Inserm sur le dépistage des troubles du comportement sont imbriqués et concernent aussi bien les enseignants que les professionnels du social ou du médical.

Tout cela s'inscrit dans un contexte « sécuritaire » impulsé par les plus hautes autorités.

La question du secret peut-elle être un axe de résistance ?

Certaines professions sont soumises au secret professionnel. Comme les médecins, selon le code de déontologie, les assistants sociaux ou les avocats. Dans le code pénal (art 226-13), toute révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission, est punie d'emprisonnement et d'amende. Partager les informations entre professionnels n'est pas une rupture du secret si c'est utile à la continuité des soins et si la personne est au courant et donne son accord. Il y a des situations où on peut parler sans être sanctionné : dans le cadre de la protection de l'enfance, par exemple. Il est important de connaître ces dispositions légales, à l'heure où la loi de prévention de la délinquance, elle, stipule que tout professionnel qui intervient auprès d'une personne rencontrant des difficultés sociales, éducatives ou matérielles qui s'aggravent est tenu d'en informer le maire de la commune ou le coordinateur désigné pour le substituer, sans d'ailleurs expliquer les motifs de cette information du maire, pour en faire quoi ? La loi sur l'informatique et les libertés, qui permet de constituer un fichier dans un but défini, licite et loyal avec les données nécessaires au traitement de l'information, mais sans détournement de finalité se trouve bien malmenée avec ces dispositions. Les fichiers sociaux ne doivent pas être utilisés pour la prévention de la délinquance. Les notes prises en PMI, les dossiers des usagers ont pour but la protection de la santé, pas la prévention de la délinquance.

Alors que la loi prévention de la délinquance a été adoptée, comment résister ensemble : professionnels de santé, travailleurs sociaux, enseignants et usagers ?

La résistance ne peut être que collective. Il s'agit avant tout de se réappropriier les règles professionnelles, en interrogeant les pratiques et de

défendre une conception de l'action sociale respectueuse des usagers et de leurs droits. La loi précise que les travailleurs sociaux doivent informer le maire en cas d'aggravation d'une situation. Or, la notion d'aggravation est difficile à évaluer, car les situations sont parfois contrastées... Par exemple, une femme battue par son mari, qui le quitte et va à l'hôtel, elle perd son logement, mais on peut aussi considérer que sa situation s'améliore car elle quitte la violence... Pour les enfants dont la situation s'aggrave, il existe un dispositif de protection de l'enfance déjà bien rôdé, de la compétence du Conseil Général et pas du maire. On ne sait pas pourquoi il est obligatoire d'informer le maire. Lors du débat parlementaire, il a été rappelé qu'il n'avait pas de compétence légale éducative ni sociale. Il faut continuer à défendre l'idée que les services sociaux et la PMI ne sont pas des lieux de contrôle ni de surveillance, mais restent des lieux ouverts à la population où leur demande peut être déposée en toute confidentialité.

Il faut également être vigilants au sujet du croisement des données recueillies dans le cadre de l'application d'autres lois, notamment celle de protection de l'enfance de 2007 qui indique de faire connaître au président du Conseil Général, via une cellule départementale, du signalement, sans délai, de toute information préoccupante concernant un mineur en danger au sens de l'article 375 du code civil, ou qui risque de l'être.

Les services médico-sociaux qui seront chargés des évaluations risquent d'être vécus comme des agents de contrôle venant faire des enquêtes.

Pour les services comme la PMI, cela risque d'avoir des conséquences sur la manière dont ils mettent en œuvre leurs missions de prévention auprès de populations souvent déjà fragilisées. Ensuite, cette définition ouvre très largement le champ du recueil de données et risque d'aboutir à la constitution de « banques administratives de données sociales et familiales » centralisées au niveau départemental. Le risque de « casier social » a été dénoncé. Se pose là la question du stockage, du droit d'accès, de la durée de conservation de données. Que la situation des enfants signalés pour risque de danger fasse l'objet d'une évaluation professionnelle est une chose, que les données d'évaluation se retrouvent centralisées au niveau départemental, y compris quand, après évaluation de la situation d'un mineur, il s'avère qu'aucune mesure de protection n'est proposée, ce qui est souvent le cas, en est une autre. D'où la nécessité de prendre clairement position, de rappeler les textes concernant le secret professionnel et d'informer les usagers sur leurs droits. ■

1. CNU : regroupe des syndicats et associations du travail social et des professions médicales, SNMPMI, LDH, Syndicat de la magistrature, SMG, USP, SUD santé-social, CGT social, Syndicat des assistantes sociales scolaires...

Petit matin

L'arrestation de deux travailleuses sociales pour aide au séjour irrégulier fait craindre un changement de société et une remise en cause des valeurs républicaines de solidarité.

Didier Ménard, médecin généraliste

Un jour, des représentants du peuple ont voté une loi qui interdit d'aider des étrangers sans papiers à vivre chez nous. Le 19 novembre 2007, à l'aube, des policiers sont venus arrêter deux travailleuses sociales pour les conduire au poste de police et les mettre en garde à vue en vertu de cette loi qui interdit de tendre la main à l'étranger. Cette arrestation au petit matin est terrible. Elle est terrible pour ces femmes, elle est terrible par ce qu'elle fait ressurgir de nos mémoires le souvenir des temps où il ne faisait pas bon vivre en France quand on était démocrate, terrible car si le silence se fait, ce sont tous les soignants qui soignent les sans papiers qui risquent d'être réveillés au petit matin et traînés au commissariat.

La loi qui nous interdit d'aider un étranger sans papiers à vivre sur notre sol est une loi liberticide. Nous sommes des professionnels du soin, qu'il soit médical ou social. C'est notre honneur de ne

pas sélectionner les personnes à l'entrée de nos permanences sociales ou de nos cabinets médicaux. Nous travaillons dans le respect de valeurs et d'une éthique qui sont inhérentes à notre mission sociale.

Si nous détournons les yeux pour ne pas voir nos collègues arrêtés par la police, si nous nous taisons par peur des représailles, si nous courbons la tête et acceptons de transgresser notre déontologie, quel sens y a-t-il à continuer notre travail ?

Cette arrestation au petit matin n'est pas un détail dans la lutte contre l'immigration clandestine, elle est un tournant qui signifie que nous changeons de société.

Il est temps que tous les acteurs de la relation d'aide à l'autre, que tous les citoyens épris de justice protestent contre ces arrestations et soient solidaires des victimes de cette politique infamante. ■

Communiqué de FTDA (France Terre d'Asile) du 22 novembre 2007

La pénalisation du travail social n'est pas acceptable !

Chaque soir, sur la place du colonel Fabien dans le 19^e arrondissement à Paris et à proximité, apparaissent quelques centaines de personnes principalement originaires d'Afghanistan, d'Iran et d'Irak.

Elles viennent chercher quelques nourritures de subsistance et un hébergement d'urgence, en attendant pour la plupart de trouver une route qui les amène enfin en Angleterre. C'est comme cela depuis la fermeture de Sangatte en 2002, et particulièrement depuis plus d'un an.

Dans cette cour des miracles d'un autre siècle, village éphémère quotidien de deux heures, l'action des équipes de France Terre d'Asile, en plein accord avec les services de l'État, consiste à repérer les probables mineurs ou personnes en état d'extrême vulnérabilité, à les mettre en urgence à l'abri, à leur donner une information sur le droit d'asile et à les mettre en garde sur les risques du passage vers l'Angleterre.

Une gageure dans la plupart des cas, mais qui permet à un cinquième de cette population de s'inscrire dans une démarche de protection en France.

Les autres, les acteurs institutionnels et associatifs le savent, repartent par le biais de multiples réseaux, où les plus forts font régner la loi des seigneurs de la misère.

En somme, le travail social réalisé à cet endroit est un pis-aller à la définition cohérente d'une politique publique d'accueil et de protection, voire, si l'on épouse ce point de vue, de sécurité publique. Mais nous l'assumons.

Ainsi, quelques milliers de personnes ont transité par cette place depuis l'hiver dernier. Elles ont passé des dizaines de frontières, séjourné pour certaines d'entre elles dans les madrasas au Pakistan ou ailleurs, servi d'interprètes aux forces françaises stationnées en Afghanistan, été interpellées par la plupart des polices d'Europe, ont parfois été détenues dans les prisons européennes, iraniennes, turques. La plupart vivent dans des conditions inhumaines d'expédients divers. Sans autorisation de séjour, sans droits. Et cela dure, et rien ne change.

C'est dans ce contexte que le Parquet de Boulogne-sur-Mer a décidé, le lundi 19 novembre 2007, d'interpeller, au petit matin à Paris, deux de nos intervenantes sociales. Comme dans les fictions, pour juguler le crime, il fallait bien une arrestation à domicile, une perquisition et un transfert menotté vers Calais.

Le délit supposé : complicité d'aide au séjour irrégulier en bande organisée. Rien que cela. La faute de nos salariées ? Avoir transgressé la frontière très ténue entre engagement professionnel et personnel en transmettant leur numéro de portable privé à certains jeunes Afghans, pris en charge par notre organisation et qui semblent impliqués dans une affaire d'aide au séjour irrégulier. Leur avoir remis une carte à l'entête de France Terre d'Asile, sans autre valeur que symbolique, attestant que ces personnes faisaient l'objet d'un suivi social dans nos services.

Au mieux une telle empathie, aidée par la proximité linguistique de nos intervenantes qui parlent plusieurs langues dont le farsi et le russe, valait le rappel de la nécessaire distanciation dans le travail social. Certainement pas un traitement réservé d'usage aux criminels les plus endurcis.

Nos deux salariées ont été libérées après plus de 12 heures de garde à vue pour l'une, 24 heures pour l'autre, à 300 kilomètres de leur domicile un jour de grève. À cette heure, nous ne savons toujours pas si des charges seront retenues contre elles. Mais nous savons que nos salariées ne sont pas de dangereuses trafiquantes ayant à un moment ou à un autre tiré un quelconque avantage ou profit de leur situation, ni abusé de la confiance d'une institution. En réalité, avec une telle logique en matière de complicité d'aide au séjour irrégulier, c'est tout l'appareil d'Etat, et cela depuis de nombreuses années à Paris ou ailleurs, qu'il conviendrait de mettre en garde à vue ainsi que l'ensemble des organisations, leur conseil d'administration, leurs salariés missionnés pour aller au devant de ces populations. Imaginez ! Cela ferait du chiffre, du monde et du travail pour le Parquet de Boulogne... Mais restons sérieux.

La pénalisation du travail social n'est pas acceptable.

En vertu de la séparation des pouvoirs, la justice semble vouloir ignorer ce que fait le peu d'État social qui reste dans ce pays. Et c'est là où réside le danger. Nous ne croyons pas à la théorie du complot, juste à un climat délétère, où l'intimidation et la peur doivent dissuader quiconque d'aider l'autre, surtout s'il est étranger.

Les travailleurs sociaux ne sont pas des citoyens au dessus des lois. Mais ils ne peuvent accepter que leur activité professionnelle soit criminalisée et traitée comme telle. Faut-il leur dire au moment de leur embauche de prévenir leur entourage que la police peut débarquer au petit matin, leur apprendre à maîtriser le stress d'un interrogatoire policier en garde à vue ?

Travailler socialement avec les pauvres et les marginaux est aujourd'hui dangereux, surtout s'ils sont étrangers.

Le cadre de l'intervention des travailleurs sociaux doit dorénavant être garanti – leur intégrité personnelle être protégée – leurs modalités d'intervention être reconnues par tous ! Mais, au-delà de ces revendications que nous allons nous employer avec d'autres à mettre en œuvre, c'est bien à la protection de la solidarité, valeur éminemment républicaine, que nous devons dorénavant veiller. ■

« Travailler socialement avec les pauvres et les marginaux est aujourd'hui dangereux, surtout s'ils sont étrangers. »

Usagers sous pression

Les travailleurs sociaux, les soignants et leurs usagers se heurtent aux pressions de l'institution. Les groupes d'entraide mutuelle peuvent aider à reconstruire de la solidarité et de l'autonomie.

Marie-France Casellas-Ménière, assistante sociale spécialisée

Le « social » déborde de partout, les plaintes, les drames et les souffrances se répandent dans les cabinets médicaux après s'être déversés dans les cours d'écoles pour ne parler que des domaines du soin et de l'éducation, il n'y a plus de cloison étanche entre les différents domaines. Chacun prend de plein fouet les difficultés sociales de ses élèves, patients, clients... et fait ce qu'il peut avec sa subjectivité, sa perméabilité aux problèmes sociaux des personnes qu'il rencontre, son « savoir-faire sensible », son réseau et sa bonne volonté.

Curieusement, le public de ce « social-là », ce public malade, en dépendance, fragilisé, cabossé, bénéficiaire de l'action sociale et médico-sociale..., dénommé « usager », bénéficie depuis un certain temps d'un traitement et d'une considération « remarquables » de la part des pouvoirs publics. Dans le champ politique, la place accordée à l'usager dénote une volonté de « participation citoyenne » des « administrés-usagers », pour participer au gouvernement des questions qui les affectent directement. L'usager est au centre de tous les dispositifs, il est fait un appel constant et croissant à ses capacités, son autonomie et à son rôle d'acteur. Il reçoit même des injonctions à être sujet, à s'impliquer dans la gestion de sa propre santé et de toutes les affaires qui le concerne. Vulnérable, fragile, fatigué, épuisé, souffrant, sans beaucoup de revenus, il doit être motivé, dynamique, entreprenant et responsable, sommé de se reprendre en main pour s'en sortir et il doit se débrouiller face aux aléas de l'existence.

C'est donc, paradoxalement, le public le plus vulnérable qui doit se prendre en main, être actif, répondre à l'intensification des sollicitations des pouvoirs publics et des institutions toutes confiantes dans leurs stocks d'aptitudes. Les indi-

vidus sont sommés d'agir, de faire face, d'apprendre à se construire dans un environnement complexe caractérisé par la galère généralisée, le creusement des inégalités, le règne de l'intérimaire et des contrats à durée déterminée, dans un monde mouvant, au mode d'emploi de plus en plus imperméable.

Comment peuvent-ils faire ? Comment doivent-ils faire et avec quoi ? Comment va-t-on passer des discours sur l'autonomie aux conditions concrètes d'accomplissement de celle-ci ? En utilisant les moyens mis à leur disposition : serveurs vocaux, Internet, plateformes, maisons des droits, maisons de l'usager... ? Est-ce en les éparpillant entre toutes les personnes auxquelles ils peuvent faire appel : « personnes de confiance », « personne qualifiée », « personne référente » ? En allant voir, quand ils sont dans l'impasse, toutes sortes de médiateurs : celui de la République, ceux des établissements de santé, celui de l'éducation nationale, celui de l'assurance, celui de la justice, la médiation locative... ? Peut-être ? Mais attention, si cela ne marche pas et bien, l'individu-acteur sera renvoyé à lui-même, responsable qu'il devient de sa situation. On fait alors peser sur les épaules des individus eux-mêmes le poids et la responsabilité de leur précarité. L'« impossibilité objective » (maladie, chômage, sans toit...) devient une « incapacité subjective » (les capacités personnelles). Il n'y a plus de responsabilisation collective, mais une « sur-responsabilisation » individuelle. Après avoir culpabilisé les travailleurs sociaux, mis le doute sur leurs capacités à trouver logement, travail... alors que les manques sont structurels, cela risque d'être au tour de leurs « clients » de subir cette nouvelle moralisation de « sur-responsabilité personnelle ».

Dans le même temps, pour des raisons de pénurie, de volonté de limiter les coûts, de contrôle, et

d'autres raisons qu'on peut chercher, les infirmières vont remplacer les médecins, les psychologues les psychiatres, les médiateurs les juges et quasiment, en forçant juste un peu le trait, toutes sortes de profanes qui revendiquent une spécificité sociale remplaceront les travailleurs sociaux. Toute cette dégringolade professionnelle prend les couleurs de la démocratie, « démocratie sanitaire », « démocratie sociale », comme si la démocratie avait besoin d'être qualifiée ? Ou alors, sans jeu de mots, on est obligé de la qualifier faute d'avoir des professionnels qualifiés ?

Je ne vois pas comment un non spécialiste de la question peut s'en sortir. Ce n'est que parce que je remue des « cailloux tous les jours » depuis des années que je ne suis pas moi-même noyée. Comment les personnes vont-elles savoir ce dont elles vont bénéficier, comment vont-elles anticiper avec des ressources mouvantes ? (voir le texte « Taxinomie des sous-pauvres » page 24).

Par ailleurs encore, dans le champ associatif, pour répondre à la demande sociale d'un public spécifique, certaines associations inventent de nouvelles appellations comme « technicien d'insertion »



Par ailleurs encore, pour l'assistante sociale que je suis depuis trente sept ans, la complexification de la législation sociale, l'amoncellement des dispositifs demandent une grande vigilance, obligent à se tenir tous les jours au courant et à approfondir les sujets pour défendre les droits des personnes et surtout pour avoir un regard critique sur les décisions administratives, car il faut pouvoir argumenter en connaissance de cause...

ou choisissent le terme vague de « chargé de mission ». Dans le milieu associatif du handicap, on a cassé le métier d'assistante sociale spécialisée (j'ai travaillé depuis trente ans dans trois grandes associations pour personnes handicapées où le lien entre le médical et le social est intrinsèque au travail), parce que l'on veut des professionnels de l'association, au service de l'institution, et non des professionnels qui exercent un métier avec une

.../...

.../...

déontologie et des valeurs qui peuvent être en conflit, à certains moments, avec l'institution. Je situe cette « casse », pour l'avoir vécue, au niveau de la déontologie et de l'éthique professionnelle qui « gênent » toujours à moment donné. Tout cela déguisé, soit sous le démocratique prétexte difficilement critiquable a priori de « l'usager au centre du dispositif », donc on met tout en commun, tout le monde peut tout faire, veut tout savoir et on veut faire croire à l'usager que c'est lui qui tire les ficelles, alors qu'il n'y a plus de secret professionnel par exemple, que toutes les informations circulent sans maîtriser jusqu'où elles vont et quel usage il en est fait. Soit encore

avec l'argument non critiquable a priori, de la « non stigmatisation des personnes handicapées », donc pas besoin de service social spécialisé au nom « de l'accès de tous à tout » qui risque de devenir « l'accès de tous à rien ».

« L'accès de tous à tout risque de devenir l'accès de tous à rien. »

Au jour d'aujourd'hui, comme on voudrait nous le faire croire par des exemples médiatisés de personnes qui touchent dix RMI ou quinze allocations de chômage, nous n'avons pas des gens qui « abusent des droits », nous avons des gens qui « perdent des droits ». Dans le jargon des administrations, cela porte un nom et c'est mesuré et quantifié, cela s'appelle le

« non recours ». Les personnes qui souffrent d'un trouble psychique, pour ne citer qu'eux, car c'est dans ce champ que je travaille depuis quinze ans, sont des personnes qui perdent des droits. Souvent elles avaient un travail, mais elles démissionnent, abandonnent leur poste car elles ne le supportent plus, sont licenciées, ne s'inscrivent pas au chômage, ne se mettent pas en arrêt maladie, puisque le plus souvent, elles ne se reconnaissent pas malades. Ou encore, elles jettent leurs papiers ou n'ouvrent pas leur boîte aux lettres. Et il faudra, dans le meilleur des cas, les efforts conjugués d'un médecin et d'une assistante sociale motivés pour lui faire retrouver ses droits et expliquer aux administrations que si la personne n'a pas fait les démarches qu'il fallait à temps, c'est justement le signe de sa maladie.

Actuellement, alors que les listes d'attente des centres médico-psychologiques s'allongent (deux mois au moins pour avoir un rendez-vous avec un psychiatre), que les temps d'hospitalisation (quinze jours en moyenne) sont insuffisants pour construire un « après-hôpital », surgit un nouvel

objet : le « groupe d'entraide mutuelle ». Poussée par les associations de familles (UNAFAM) et de patients (FNAPPsy), la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, complétée par deux circulaires d'application de 2005 et 2007¹ a reconnu la nécessité de ces groupes « comme moyen de prévention, mais aussi comme élément de compensation des conséquences du handicap ». Outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en grande fragilité, le GEM « doit être suffisamment souple pour s'adapter dans le temps et à chaque instant aux besoins des personnes handicapées psychiques dont les troubles se caractérisent par une grande variabilité ». La grande innovation de ce dispositif GEM réside dans le fait que ces groupes doivent être « mis en œuvre par des associations d'usagers afin de promouvoir la participation des adhérents ». « Les usagers concernés sont des personnes adultes que les troubles psychiques mettent en situation de fragilité, qui sont désireuses de rompre leur isolement puis de participer aux activités du groupe d'entraide et d'envisager un parcours conduisant à une meilleure insertion dans la vie sociale avec l'aide de pairs et des accueillants. » « Le GEM est fondé sur l'adhésion libre et volontaire des personnes à un projet de solidarité et d'entraide ouvert sur la cité. Les adhérents sont acteurs du projet du groupe, qu'ils définissent et font vivre ensemble, chacun y participant à la mesure de ses possibilités. » En 2006, l'Etat a participé au financement de 259 GEM. Formidable outil (mais qui ne va pas compenser les manques en santé mentale), les textes et la volonté politique manifestée à travers ces GEM sont un condensé de rêve de tout professionnel de la santé mentale qu'il soit médical ou social : marges de liberté, reconnaissance de capacité d'autodétermination, d'autonomie, liberté de choix pour des acteurs individuels et collectifs, qui se réalisera là encore, si on donne à ces usagers, de véritables conditions d'accomplissement de ces objectifs qui ne peuvent se situer que dans le temps nécessaire à cet accomplissement et qui ne se fera pas si on leur met la pression. ■

1. Circulaire DGAS/38 n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques et Circulaire N°DGAS/3B/2007 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques.



magda zine

Les « franchises médicales » aujourd'hui, le « bouclier sanitaire » demain ?

IMarie Kayser, médecin généraliste

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 met en place de nouvelles franchises restreignant l'accès aux soins. Le gouvernement ne compte pas en rester là, il annonce pour le printemps un grand débat sur le financement de l'Assurance maladie.

Le rapport Fragonard et Briet sur le « bouclier sanitaire » sera un des éléments du débat¹. De quoi s'agit-il ?

Actuellement, l'Assurance maladie obligatoire rembourse une partie des dépenses de santé, la partie restante ou ticket modérateur est à la charge des assurés : c'est le « reste à charge ». Le taux du ticket modérateur varie en fonction des prestations et des situations : pour les soins de ville, il est en moyenne de 31 % pour l'ensemble des dépenses qui ne sont pas couvertes par les Affections de Longue Durée (ALD). Les ALD sont exonérées de ticket modérateur et prises en charge à 100 % (moins les franchises...). En 2004, le « reste à charge » moyen par assuré s'élevait à 200 € pour les soins de ville, 50 € pour les soins hospitaliers, 150 € pour les dépassements d'honoraires ; il est très variable selon les assurés.

Le « bouclier sanitaire » est un plafonnement du « reste à charge ». Au-delà d'une somme « bouclier », avancée à 800 € par personne, la prise en charge par l'Assurance maladie serait totale (cela ne concerne ni les dépassements d'honoraires, ni les frais mal pris en charge actuellement : lunettes, appareils auditifs...). En deçà de cette somme « bouclier », tout assuré, y compris en ALD et en Accident de Travail et Maladies Professionnelles, paierait un ticket modérateur de 35 %. C'est donc

pour les plus malades le montant total du « bouclier », soit 800 €, qui resterait à leur charge annuellement.

Cette somme « bouclier » pourrait varier selon les revenus, ce qui permet aux rapporteurs de défendre le « bouclier sanitaire » au nom d'une meilleure protection des assurés aux faibles revenus.

Il faut voir plus loin que ces belles déclarations d'intention

Les rapporteurs annoncent très clairement l'intérêt du « bouclier sanitaire » : « Si le choix politique était fait de cantonner la dépense d'Assurance maladie obligatoire plutôt que d'accroître les prélèvements obligatoires, le bouclier rendrait sa mise en œuvre plus aisée ».

Aujourd'hui, 14 % des assurés sociaux sont pris en ALD et concentrent 60 % des remboursements, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie estime qu'à l'horizon 2015, 19 % des assurés sociaux seront en ALD et concentreront 70 % des remboursements². La part de remboursements liée à la prise en charge à 100 % ne peut actuellement être restreinte qu'à « la marge », par le biais des franchises ; faire sauter le verrou des ALD, c'est pouvoir baisser l'ensemble des remboursements.

Le gouvernement s'est donné pour but de baisser les prélèvements obligatoires. Laisser passer le « bouclier sanitaire », c'est accepter la suppression de la prise en charge à 100 % au titre des ALD, c'est entériner la baisse de la prise en charge solidaire par l'Assurance maladie obligatoire et l'augmentation du recours des patients au système privé d'assurances complémentaires. ■

1. *Mission bouclier sanitaire*, Rapport Briet et Fragonard, 28 septembre 2007.

http://www.securite-sociale.fr/communications/rapports/2007/briet_fragonard/rapport_bouclier_sanitaire.pdf

2. *Dépenses de santé à l'horizon 2015*, Caisse nationale d'Assurance Maladie, 5 juillet 2007. 1. Point d'information mensuel. Jeudi 5 juillet 2007

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Depenses_horizon_2015_01.pdf

PLFSS 2008

Projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale

Marie Kayser, médecin généraliste

La version finale du PLFSS 2008, adoptée par l'Assemblée nationale et par le Sénat, comprend de nombreux articles mettant en place des mesures restreignant l'accès aux soins.

Nouvelles franchises sur les soins (médicaments, actes paramédicaux, transports) dont le montant et le plafond seront fixés par des décrets ultérieurs. Leur mise en place va de pair avec un Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) volontairement bas pour les soins de ville. Le dépassement de cet objectif aboutira au déclenchement en juin 2008 du Comité d'alerte, avec risque de pénalisation des assurés par une augmentation du montant des franchises. **Vote d'un ONDAM bas pour les établissements hospitaliers**, avec obligation de mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et convergence en 2012 des tarifs publics et privés, alors que la T2A génère des effets pervers de sélection des activités et des malades.

CMU complémentaire : les députés ont voté un amendement prévoyant la suppression de l'exonération du ticket modérateur pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire n'ayant pas déclaré de « médecin traitant ». Les sénateurs ne l'ont pas voté et sont revenus au texte de 2006 qui prévoyait un décret fixant les modalités (très complexes) de recouvrement pour ces patients des pénalités liées aux « hors parcours de soins ». La CMP les a suivis, mais il est important de s'opposer à toute mesure de baisse de prise en charge pour ces patients, dont une partie vit dans une précarité, qui rend difficile le choix d'un médecin traitant.

Contrôles par les médecins conseils pour les bénéficiaires de l'Aide médicale d'État (AME), alors que leurs feuilles sont déjà contrôlées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et qu'il sera difficile et risqué pour eux de se rendre à des convocations.

Restriction pour les affections de longue durée (ALD) hors liste : seul un critère de coût était à justifier jusqu'ici, un critère de gravité plus sujet à interprétation s'y rajoute.

Indemnités Journalières (IJ) : actuellement, leur versement par l'Assurance maladie est sous le contrôle des médecins conseils, il va pouvoir être supprimé sur le seul avis des « médecins patronaux » qui, jusqu'à présent, n'intervenaient que pour le complément de salaire lié à des conventions d'entreprises particulières. Le salarié devra faire un recours pour tenter de récupérer ses IJ. Cette disposition s'appliquera dans les Caisses Primaires d'Assurance maladie ayant un taux d'IJ supérieur aux autres. Cet article méconnaît le rôle des conditions de vie et de travail dans les déclenchements de pathologies et donne le pouvoir de contrôle aux médecins payés par le patron au détriment du contrôle par les caisses.

L'article qui limitait **les installations de jeunes médecins** a été supprimé, mais la question de la couverture démographique du territoire reste entière.

Le Sénat a voté un amendement supprimant l'obligation pour les médecins de secteur 2 de faire une partie de leurs actes sans **dépassement d'honoraires**, mais maintenu le principe des devis écrits avant les actes coûteux.

À côté de toutes ces restrictions pour l'accès aux soins, il faut noter une ouverture à saisir : l'article 31, complété par un amendement du Sénat parlant de « **maisons de santé** », permet aux médecins d'expérimenter d'autres modes de rémunérations que le paiement à l'acte. Mais que seront ces « maisons de santé » ? Comment pourront-elles « participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales », comme le disent les sénateurs, si l'accès aux soins n'est pas assuré ? ■

IGAS et programmes d'«aide à l'observance»

IMarie Kayser, médecin généraliste

Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dit NON aux programmes industriels d'« accompagnement » des patients.

En janvier 2007, à l'appel du collectif Europe et Médicament, la mobilisation de la société civile obligeait le ministre de la Santé à retirer l'article légalisant les programmes industriels « d'aide à l'observance », appelés aussi « d'accompagnement des patients », qui auraient permis aux firmes pharmaceutiques de relancer chez eux les patients¹.

Selon *Le Monde* du 9 septembre 2007, un rapport de l'IGAS, remis en août, mais non encore publié, met en cause « les programmes d'accompagnement des patients associés à un traitement médicamenteux, financés par les entreprises pharmaceutiques ».

L'IGAS recommande d'inscrire dans la loi « le

principe de l'interdiction de tout contact direct ou indirect entre laboratoires pharmaceutiques et public » et préconise de n'autoriser que sur dérogation « certains programmes d'apprentissage » intervenant « après prescription médicale du médicament et lorsqu'un bénéfice collectif ou individuel particulier et important peut en être escompté ».

La vigilance reste malgré tout de mise, car une nouvelle proposition de loi était annoncée pour l'automne 2007 et le lobby des firmes pharmaceutiques est particulièrement actif. ■

1. Dossier complet du collectif Europe et Médicament sur le site :

www.prescrire.org

Revue *Pratiques* n° 36 : Coup d'arrêt aux programmes « d'aide à l'observance ».

L'information des généralistes sur le médicament

IPhilippe Foucras, président du Formindep

www.formindep.org Le rapport de l'IGAS sur le sujet a été publié le 31 octobre dernier¹ après avoir été remis à la ministre de la Santé le 1^{er} septembre. Nul doute qu'elle aura eu le temps de se l'approprier pour en tirer la substantifique moelle. Les médecins généralistes sont abreuvés d'information publicitaire par les firmes pharmaceutiques sous la forme essentielle de la mal nommée visite médicale, mais également par le truchement des dealers, pardon leaders, d'opinions complaisants pour les firmes², pour ne pas dire plus.

Avec la visite médicale, les firmes dépensent au minimum 25 000 € par an et par généraliste (soit 40 % du revenu moyen d'un généraliste) pour promouvoir leurs nouveautés médicamenteuses, toujours plus chères et (très) rarement plus efficaces que les anciennes. Cette somme colossale (trois milliards d'euros) qui ne sert qu'à augmenter les chiffres d'affaire des firmes, est logiquement répercutée dans le prix des médicaments, et donc prise en charge en grande partie par la collectivité nationale à travers les cotisations sociales. En clair : c'est la Sécu, donc les assurés, qui paye la publicité des labos. Les médecins généralistes sont

pour la plupart dans l'incapacité de trier le bon grain de l'ivraie, c'est-à-dire de faire la part des choses entre une information fiable et scientifique, et la promotion publicitaire. Nous redisons que cette capacité à trier l'information est une véritable compétence professionnelle que les médecins n'ont pas acquise et ne maîtrisent pas pour la plupart, du fait entre autres d'une formation médicale initiale et continue sous la coupe des firmes pharmaceutiques. Les institutions officielles (Afsaps et HAS³) chargées de ces missions de débrouillage de l'information, et surtout de diffusion d'une information de qualité, ne remplissent pas leur mission, faute de moyens et (c'est nous qui le rajoutons) de volonté politique et éthique.

La Cnamts (Sécurité sociale) se mêle, à travers des « délégués à l'Assurance maladie » (DAM) qui vont chez les médecins, de diffuser de son côté une information sur les médicaments. Mais elle s'y prend n'importe comment, et son action timide, de mauvaise qualité et mal organisée, ne suffit pas à contrecarrer la pression de l'information commerciale des firmes. Les rares initiatives efficaces sont éliminées⁴.

De plus persiste, pour les médecins, le doute sur l'objectif réel de ces visites des DAM : s'agit-il du meilleur soin au moindre coût, de rationnement des soins, de contrôle des médecins ? Contrairement à nombre d'autres pays, la profession médicale est incapable de s'organiser globalement pour accéder à une information de qualité. Et c'est là que le rapport cite en exemple, malgré tout, la revue *Prescrire* et le Formindep !

Que propose ce rapport ?

Deux axes principaux pour résumer

Que les organismes officiels (HAS et Afssaps) se décident enfin à faire leur travail, et à mettre en œuvre les missions dont ils sont chargés : assurer par eux-mêmes la large diffusion d'une information fiable sur le médicament et, concernant la HAS, prendre les moyens de vérifier le contenu effectif des visites médicales des firmes, en ne se contentant plus de leurs déclarations de principe

et de bonne volonté. Ce que le Formindep avait demandé en mai 2005 lors de sa rencontre avec la HAS à propos du scandale de la diffusion de ses recommandations par les délégués commerciaux des firmes⁵. D'autre part, plutôt que de développer des actions sans moyens ni stratégie efficaces pour contrecarrer la pression commerciale des firmes, que l'État décide de diminuer cette pression, en limitant et contrôlant davantage la visite médicale.

Les idées sont les bonnes et font d'ores et déjà couler beaucoup d'encre, voire d'acidité⁶, dans l'attente qu'elles soient mises en application. Mais, lorsque l'on constate l'état de soumission⁷ de ceux qui nous gouvernent aux intérêts privés et industriels en matière de santé, il ne faudra qu'un tout petit peu de mauvais esprit pour s'imaginer que ce rapport a déjà fait l'objet du classement qu'il mérite dans une profonde armoire d'un couloir obscur du ministère. ■

1. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000703/0000.pdf>

2. <http://www.formindep.org/spip.php?article138>

3. Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé
HAS : Haute autorité de santé

4. Voir l'expérience de la CPAM de l'Aude : <http://puppem.com/Aude.aspx>

5. <http://formindep.org/spip.php?article28>

6. http://www.leem.org/html-media/article/article.asp?id_categorie=5&id_article=1045

7. (<http://www.conventions-ump.org/site/Sante.htm> ou http://www.viewontv.com/ump/convention_270606/index.php cliquer sur « espoirs et enjeux pour le système français de santé » et voir de la 32^e à 42^e minutes)



Adieu à une FPC de qualité?

Formation professionnelle conventionnelle

Laure Van Wassenhove, médecin généraliste, formatrice en FMC, généraliste enseignante

Médecins généralistes, nous avons commencé à exercer et nous avons découvert que notre formation ne correspondait pas à notre travail.

Nous avons réfléchi sur la spécificité de notre exercice, et sur les moyens de transmettre les compétences inhérentes à cette spécificité.

Nous avons réfléchi sur nos besoins de formation. Nous avons repéré nos manques, nos défauts de formation, nos sources d'erreur.

Nous nous sommes interrogés sur notre place dans le système de soin, dans la société.

Nous avons créé des structures nous permettant de mettre en place les formations nécessaires.

Nous nous sommes formés aux méthodes pédagogiques adaptées à l'acquisition de nouveaux savoirs intégrés dans notre démarche de décision. Nous avons élaboré des séminaires de formation correspondant à notre réalité.

Nous avons évalué ces formations, gagnant chaque année en exigence et en qualité.

Que s'est-il passé cette année ?

Les organismes de formation ont reçu le 17 avril 2007 un courrier du CPN FPC¹ définissant la politique d'agrément pour 2008. Ce courrier est arrivé moins de 3 semaines avant la date limite d'appel d'offre : « Plus spécifiquement, la FPC doit promouvoir les thèmes prioritaires de maîtrise médicalisée inscrits dans la convention médicale »². Au moment de l'agrément, la plupart des organismes ont découvert, que n'ayant pas suffisamment « écrit » leurs objectifs en termes de maîtrise médicalisée, ils se sont vus refuser un grand nombre de projets validés par le conseil scientifique. Motif de rejet : « Projet n'entrant pas dans les critères de la politique d'agrément du CPN FPC ». Si on compare les enveloppes allouées aux différents organismes de formation, on peut se demander si ceux qui sont affiliés aux syndicats siégeant au CPN FPC n'ont pas été tenus plus au fait des règles d'agrément.

Quels sont les thèmes prioritaires ?

Parmi les 13 thèmes prioritaires voici quelques exemples :

- baisse de la prescription des arrêts de travail, pour s'opposer à l'utilisation « frauduleuse » des arrêts de travail, mais lisez sur ce sujet l'article de l'IRDES³ (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de Santé) ;
- diminution de la prescription de lits médicalisés, deux jours sur le sujet me laisse rêveuse. Peut-être pouvons-nous essayer les lits en question 12 heures sur 14 ?

- régulation médicalisée des dépenses de transports sanitaires, diminution de prescriptions médicamenteuses avec notamment deux jours sur les statines (hypocholestérolémiants).

Quelles sont ces formations refusées parce que si peu rentables ?

Les formations à l'accompagnement et au relationnel telles que :

- dépister les adolescents à risque suicidaire : il aurait fallu probablement le proposer sous le titre « comment ne pas prescrire de psychotropes à des adolescents à risque ? » ;
- dépister et accompagner les femmes victimes de violences conjugales : il aurait fallu le présenter ainsi « Les violences conjugales coûtent cher ; comment diminuer ces coûts ? » ;
- accompagner nos patients en fin de vie : « l'hospitalisation en fin de vie n'est pas rentable, comment garder les patients à domicile ? » ;
- accompagner le deuil : « prescrire moins d'anti-dépresseurs » ;
- apprendre à communiquer de manière efficace avec nos patients (démarche éducative, écoute active...) : « Les patients anxio-dépressifs coûtent cher, apprenons à les écouter pour moins prescrire ».

Les formations de formateurs qui semblent devenues inutiles.

Les formations des maîtres de stage à la pédagogie spécifique à l'accompagnement des internes ne cadrent pas avec la maîtrise médicalisée. Les internes n'ont qu'à faire comme leurs aînés : se former sur le tas, avec les patients comme terrain d'essai.

Qui va bien vouloir nous former rentablement ?

Nous avons le choix (mais si, mais si)

Les visiteurs médicaux

Le 30 décembre 2004, le ministre des Solidarités, de la santé et de la famille, Philippe Douste-Blazy et le secrétaire d'État à l'Assurance maladie, Xavier Bertrand, se félicitent de la signature de la charte de la visite médicale entre le CEPS (comité économique des produits de santé) et le LEEM (les Entreprises du médicament, représentants de l'industrie pharmaceutique). « La visite médicale doit contribuer, au même titre que les autres actions entreprises, au succès de cette réforme en renforçant le rôle de la visite médicale dans le bon usage du médicament et la qualité de l'information »⁴. Que ceux et celles d'entre nous qui ne

recevaient plus les visiteurs médicaux battent leur coulpe. Qu'ils se rassurent : ils auront à nouveau leurs stylos gratos et leurs vacances payées.

Le conseil de l'Ordre nous renvoie à la visite médicale ⁵.

La presse médicale.

Je ne saurais trop vous conseiller le superbe discours de Xavier Bertrand en 2005 pour une remise des prix au syndicat national de la presse médicale.

« La presse médicale apparaît d'ailleurs comme le support qui répond le mieux aux attentes des professionnels de santé en matière de formation continue. ⁶»

Le LEEM

Prêt à financer les symposiums au soleil : je vous ai cherché votre prochaine destination sous le soleil, mais en avez-vous vraiment envie ?

Partant pour financer des formations labellisées par le CPN FPC. A la suite du récent rapport de l'IGAS sur la visite médicale, Roselyne Bachelot reviendra-t-elle sur la signature par Xavier Bertrand et les entreprises du médicament du code de bonnes pratiques sur le financement par l'industrie de la FMC ? ⁷

Désireux de financer les « programmes d'accompagnement des malades » ⁸. Plus besoin de se former à la négociation, à la décision partagée. Aucun besoin d'alliance thérapeutique. Nos patients indisciplinés se feront rappeler à l'ordre par leur fournisseur.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Vous avez déjà rencontré ces charmantes déléguées

de votre caisse. Elles viennent vous expliquer que vous prescrivez trop ou mal à l'aide de diagrammes qui malheureusement sont souvent faux ou inadaptés. Exemple : « Beaucoup trop de transports en ambulance, cher docteur ». « Hélas ! un de mes patients a l'inélégance d'être tétraplégique et de nécessiter des transports quotidiens pour ses soins. Oui, oui ! en ambulance car il ne peut assurer ses transferts seul » « Enfin, Docteur, il pourrait sûrement y aller par ses propres moyens ». J'ai proposé le patin à roulettes, mais je crois qu'elle n'a pas compris...

Pourtant, certaines caisses font de réels efforts, en ciblant leurs interventions, en formant les déléguées sur le plan scientifique et selon les techniques... de la visite médicale ! ⁹

Mais l'avenir me direz-vous !

Il n'est pas dans la culture de la plupart des médecins de payer leur formation. Si le fait de payer son abonnement à la revue *Prescrire* ¹⁰ ou à l'*EBM Journal* ¹¹, revues indépendantes de l'industrie pharmaceutique, va de soi pour nombre de lecteurs de *Pratiques*, nombreux sont ceux qui ne considèrent pas les « petits cadeaux » de l'industrie comme de la corruption. Combien ont suivi une formation à la lecture critique de l'information médicale et sont en mesure de décrypter certains articles ?

La FMC indemnisée et obligatoire est bien un acquis de la profession, ayant fait en son temps rempart à la seule visite médicale comme outil de désinformation. Parfois imparfaite, parfois en recherche, il nous faut pourtant la défendre, nous battre sur le principe de son indépendance et l'aider à évoluer dans une dimension éthique. ■

1. Un bref rappel pour tous ceux qui se perdent dans les sigles :

Le CPN FPC (Comité Paritaire National de la Formation Professionnelle Conventionnelle) définit les orientations de la Formation Médicale Continue. Les séminaires sont d'abord validés par le conseil scientifique sur le « fond », les méthodes pédagogiques. Puis le CPN FPC agréé les dossiers et répartit l'enveloppe financière. Ce conseil est formé pour moitié par des membres de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et pour moitié des représentants des syndicats signataires de la convention (actuellement le SML et la CSMF). Ensuite, chaque organisme de formation repart avec un certain nombre de dossiers agréés qui se dérouleront l'année suivante. Les médecins connaissent généralement l'OGC, Organisme Gestionnaire Conventionnel, dans sa fonction d'organisme payeur, il assure la

gestion administrative et financière du dispositif de FPC. C'est

l'Assurance maladie qui finance le dispositif. <http://www2.ogc.fr/>

2. http://www.ogc.fr/fichiers/LettreA008_maitrise_medicalisee.pdf

3. <http://www.irdes.fr/EspacePresse/QuestionsA/QuestionsAOct07.html>

4. http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/31_041230.htm

5. http://www.dailymotion.com/dailyglub/video/x31bwa_la-visite-medicale-pharmaceutique-e_politics

6. <http://www.fnps.fr/snpm/documentation/pdf/2005114.pdf>

7. http://www.formaguide.com/article.php3?id_article=3079

8. [http://www.leem-media.com/hm-](http://www.leem-media.com/hm-media/article/article.asp?id_categorie=5&id_article=1053)

[media/article/article.asp?id_categorie=5&id_article=1053](http://www.leem-media.com/hm-media/article/article.asp?id_categorie=5&id_article=1053)

9. <http://puppem.com/Documents/en-actions-49-cnamts.fr.pdf>

10. <http://www.prescrire.org/>

11. <http://www.ebm-journal.presse.fr/>

Soutien aux lanceurs d'alerte

IMarie Kayser, médecin généraliste

La Fondation Sciences Citoyenne¹ lance un appel à soutien à deux chercheurs lanceurs d'alerte² : Christian Velot, à qui ses prises de position sur les OGM, valent aujourd'hui de « nombreuses pressions matérielles : confiscation de la totalité de ses crédits pour 2008, privation d'étudiants stagiaires, menace de déménagement manu militari, et décision arbitraire de non renouvellement de son contrat ».

Pierre Meneton contre qui une plainte en diffamation a été déposée par le lobby du Sel pour la publication de l'article « Sel, le vice caché » en mars 2006 : « Le lobby des producteurs de sel et du secteur agroalimentaire industriel est très actif. Il désinforme les professionnels de la santé et les médias ».

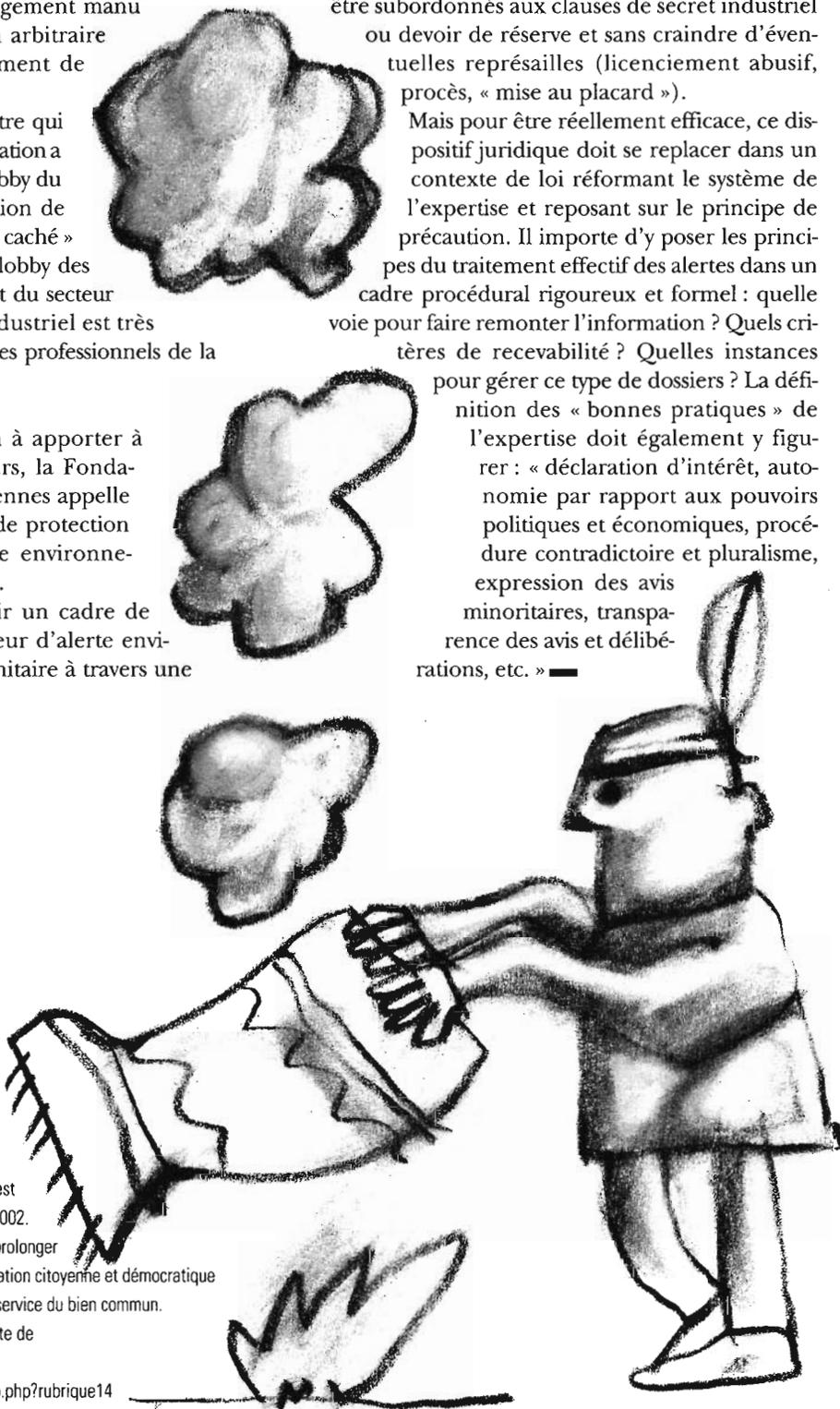
Au-delà du soutien à apporter à ces deux chercheurs, la Fondation Sciences Citoyennes appelle à définir un cadre de protection du lanceur d'alerte environnementale et sanitaire.

« Il s'agit de définir un cadre de protection du lanceur d'alerte environnementale et sanitaire à travers une

législation réformant le droit du travail, d'une part, et le droit d'expression, d'autre part, et lui conférant le même statut que le salarié protégé. Les lanceurs d'alerte doivent avoir la possibilité de porter sur la place publique les hypothèses de danger pour l'homme ou son environnement, sans être subordonnés aux clauses de secret industriel ou devoir de réserve et sans craindre d'éventuelles représailles (licenciement abusif, procès, « mise au placard »).

Mais pour être réellement efficace, ce dispositif juridique doit se replacer dans un contexte de loi réformant le système de l'expertise et reposant sur le principe de précaution. Il importe d'y poser les principes du traitement effectif des alertes dans un cadre procédural rigoureux et formel : quelle voie pour faire remonter l'information ? Quels critères de recevabilité ? Quelles instances

pour gérer ce type de dossiers ? La définition des « bonnes pratiques » de l'expertise doit également y figurer : « déclaration d'intérêt, autonomie par rapport aux pouvoirs politiques et économiques, procédure contradictoire et pluralisme, expression des avis minoritaires, transparence des avis et délibérations, etc. » ■



1. La Fondation Sciences Citoyennes est une association loi 1901 créée en 2002. Elle a pour objectif de favoriser et prolonger le mouvement actuel de réappropriation citoyenne et démocratique de la science, afin de la mettre au service du bien commun.
2. Pétitions à signer en ligne sur le site de la Fondation Sciences Citoyennes <http://sciencescitoyennes.org/spip.php?rubrique14>

Obésité infantile

Seule une loi peut mettre fin au harcèlement alimentaire des enfants

IMarie Kayser, médecin généraliste

C'est l'appel à mobilisation lancé à la mi-septembre 2007 par l'Union Française des Consommateurs-Que Choisir¹.

L'obésité est un problème de santé publique. Selon une étude récente de l'INSEE², la corpulence des femmes et des hommes a fortement augmenté ces dernières années : évolution qui s'observe à tout âge et qui touche plus particulièrement les catégories socio-professionnelles défavorisées avec un écart qui s'accroît entre les catégories sociales.

Dans son dossier, *Que Choisir* rappelle que l'influence néfaste des messages publicitaires sur l'alimentation infantile a été démontrée : « En 2003, la revue bibliographique, réalisée pour l'agence anglaise de sécurité des aliments, établissait que la publicité a une influence sur les préférences, le comportement d'achat et la consommation des enfants ». L'enquête menée par *Que Choisir* en 2006 mesurait cette influence : « Les 30 % d'enfants les plus exposés à la publicité sont également ceux qui exercent le plus de pressions sur leurs parents pour l'achat des produits alimentaires et ceux qui consomment le plus de produits gras et sucrés ».

Depuis février 2007, les publicités alimentaires télévisées doivent légalement porter des messages sanitaires, faute de quoi l'annonceur est contraint de verser une contribution financière de 1,5 % du montant de son investissement publicitaire. Une étude menée depuis par *Que Choisir* a montré qu'il ne s'agit que d'une mesure dilatoire, puisque près d'un consommateur sur deux ne voit pas le message et, plus grave encore, 91 % des personnes n'identifient pas comme déséquilibré le produit alimentaire présenté en même temps que le message, une partie d'entre elles pensant même que le message valide le produit présenté.

La nouvelle enquête de *Que Choisir*, menée en septembre 2007, montre que le harcèlement alimentaire à la télévision ne faiblit pas : 87 % des publicités diffusées lors des programmes pour enfants

portent sur des produits trop gras et trop sucrés (contre 89 % en 2006) ce qui montre que « Les annonces de l'industrie au cours de ces derniers mois ne sont que des engagements en trompe l'œil » et que « Les règles édictées par le Bureau de Vérification de la Publicité (BVP) n'ont en réalité aucun impact concret sur les pratiques des professionnels »³.

L'UFC-Que Choisir lance donc une campagne d'action auprès des députés⁴ pour une loi de prévention de l'obésité infantile et demande :

- d'interdire les publicités télévisées pour les produits déséquilibrés, lors des programmes visionnés par les enfants (et non pas uniquement dans les programmes dits « pour enfants ») ;
- d'encadrer la présentation en rayon des produits alimentaires et d'interdire les produits de confiserie au niveau des caisses et en tête de gondoles ;
- d'augmenter la TVA sur les produits plus riches en graisses, sucre et sel et de baisser celle sur les fruits et légumes ;
- de mettre en place une restauration scolaire de qualité nutritionnelle.

La question de l'obésité renvoie à l'impact des facteurs environnementaux et socio-économiques sur l'état de santé de la population. La loi de prévention demandée par *Que Choisir* est un moyen important d'agir sur une partie des facteurs. S'atteler à réduire les inégalités socio-économiques devrait faire partie d'une politique cohérente de santé publique. ■

1. Voir le dossier complet sur le site ouvert par l'UFC-Que Choisir :

<http://www.obesipub.org>

2. INSEE Première N°1123-février 2007.

3. Le BVP n'est pas un organisme officiel, mais une association composée uniquement de professionnels se donnant pour objectif d'auto-réguler la publicité par le biais de règles de bonne conduite qu'il édicte.

4. Lettre aux députés à signer sur le site de *Que Choisir*.

Alerte pour la médecine scolaire dans le 93

■ **Marie-Blandine Basalo** (SNAMSPEN-UCMSF) et **Pierrette Salvaing** (SMedEN-FO) pour les médecins scolaires du 93

Les médecins scolaires de Seine-Saint-Denis¹ sont très inquiets de la situation dans leur département du fait de la diminution d'un tiers des effectifs de médecins scolaires à cette rentrée.

Dans ce département particulièrement défavorisé, un médecin scolaire ne devrait pas avoir plus de 4 000 à 5 000 enfants à sa charge. Il faudrait 60 médecins temps plein. Or, il n'y a que 49 postes, et seuls 33,5 postes sont pourvus !

Les enfants de Seine-Saint-Denis ont le droit d'avoir des bilans médicaux en grande section de maternelle, des examens d'orientation professionnelle en 3^e, des visites d'aptitude au travail sur machines dangereuses en lycée professionnel, missions fondamentales de prévention des médecins scolaires. Mais il est aussi indispensable qu'ils puissent bénéficier des examens médicaux à la demande pour les élèves en danger : maltraitance, délaissement ; les élèves en souffrance : difficultés scolaires, absentéisme, problèmes de comportement ; les enfants et adolescents porteurs de maladies chroniques : asthme, allergies alimentaires,

drépanocytose, diabète, épilepsie, en augmentation constante. Et plus récemment, les médecins scolaires doivent aussi² intervenir dans la scolarisation des élèves handicapés.

Que répondre au directeur d'une école d'une ville voisine qui n'a pas de médecin scolaire et qui appelle pour un constat de coups ? Que dire à un parent qui a pris une demi-journée de congé pour la consultation médicale de son enfant et que l'on devrait abandonner pour une « urgence » dans une ville voisine sans médecin scolaire ? Comment ne pas consacrer le temps nécessaire à un adolescent qui a des idées suicidaires parce qu'il faudrait faire vite pour voir le suivant ? Les médecins scolaires refusent d'avoir à choisir entre les enfants.

Le travail des médecins est devenu impossible. La situation faite aux enfants est intolérable. ■

1. Réunis en Assemblée Générale le 21/09/2007 à l'appel de leurs syndicats SMedEN-FO et SNAMSPEN-UCMSF.

2. En application de la loi du 11/02/2005.

Limitations du droit au regroupement familial

La loi relative à la maîtrise de l'immigration, à l'intégration et à l'asile a été adoptée en octobre 2007. Elle a fait l'objet de plusieurs

recours¹ aux motifs principaux « d'atteinte au droit de mener la vie familiale, d'atteinte au principe d'égalité de traitement et de non-discrimination, d'atteinte à l'intérêt supérieur des enfants ».

Le Conseil constitutionnel a censuré l'article autorisant les statistiques ethniques, émis des réserves à l'utilisation pourtant très controversée des tests ADN pour prouver la filiation, et validé la quasi-totalité de la loi :

- Évaluation du degré de « connaissance du français et des valeurs de la République » pour les candidats au regroupement familial, avec si besoin obligation de formation et nouvelle évaluation.
- Absence de caractère automatique de renouvellement du titre de séjour pour les femmes victimes de violences conjugales.

- Exigence de conditions de ressources supérieures au SMIC (1, 2 fois) pour avoir droit au regroupement familial.
- Mise sous tutelle des allocations en cas de non-respect du « Contrat obligatoire d'Accueil et d'intégration », les familles étrangères devant suivre une information sur les droits et devoirs des parents.
- Mesure d'allongement des différents délais de rétention en zone d'attente. Restrictions sur le caractère suspensif des recours.

Ces mesures restrictives pour les droits des étrangers risquent d'être renforcées par un projet de directive européenne qui sera soumis au Parlement Européen le 29 novembre 2007 et qui prévoit une rétention pouvant atteindre dix-huit mois et une interdiction de séjour de cinq ans pour les étrangers en situation irrégulière². ■

M.K.

1. Se reporter au site du GISTI (Groupe d'information et de Soutien aux Travailleurs Immigrés) et à la saisine faite par le GISTI et la CIMADE http://www.gisti.org/IMG/pdf/pdl_2007-10-25_saisine_gisti-cimade_du_cc.pdf

2. Voir la pétition lancée par la Cimade : <http://www.directivedelahonte.org/>

Quelle politique d'installation pour réduire les inégalités ?

Pierre Volovitch, économiste

La question de l'installation des professionnels de santé se pose dans tous les pays développés : on ne peut pas compter sur l'augmentation de leur nombre pour résoudre le problème de leur inégale répartition sur le territoire.

Pour bien comprendre, il faut tout d'abord se donner des informations sur la répartition des professionnels de santé. La présentation de la situation est d'autant plus utile qu'elle permet de mettre en lumière plusieurs points :

- Le premier est que les zones qui sont les plus pauvres pour un type de professionnel de santé sont, en général, également pauvres pour d'autres. Ce qui renforce et confirme l'idée que la question ne peut être considérée profession par profession. C'est bien au niveau de l'ensemble des professionnels de santé, des rapports entre eux, et donc de l'organisation du système de soins, qu'il faut aborder la question de leur répartition sur le territoire.
- Le second est que la répartition des professionnels de santé ne répond pas spontanément à une logique de « besoin de santé » des populations, mais à un ensemble de déterminants dans lequel le niveau de revenu de la « clientèle » joue un rôle. La répartition « libre » des professionnels peut donc renforcer les inégalités d'accès aux soins.
- Ce second point en entraîne un troisième : la nécessité absolue d'une réflexion sur les « besoins de santé ». Une telle mesure n'est pas facile à mettre en place, mais on peut facilement démontrer qu'elle ne peut coïncider avec la « consommation » de soins de santé.

Une fois posé le problème, on peut tenter de mettre au clair les « déterminants » de la répartition des professionnels et les moyens dont on va pouvoir disposer pour agir sur cette répartition. On peut mettre en place des politiques qui s'inscrivent dans le cadre de la formation, des politiques qui agissent au moment de l'installation, des politiques qui visent à agir sur les conditions de l'activité une fois l'installation réalisée. Ce que l'on sait des exemples étrangers, c'est que les incitations/contraintes purement financières et centrées sur la seule installation sont de faible efficacité à court terme et sans efficacité à plus long terme. Les pistes qui apparaissent comme les plus intéressantes sont celles qui intègrent la question de la reparti-

tion au sein de la formation elle-même, et qui articulent la question de la répartition des professionnels de santé à des politiques plus globales d'aménagement du territoire.

La réalité des inégalités géographiques

Ne pouvant présenter l'ensemble des résultats pour les 95 départements métropolitains¹, le tableau ci-dessous est un choix, nécessairement arbitraire de départements. Y figurent les départements les moins bien dotés (Eure et Mayenne), les départements les mieux dotés (Bouches-du-Rhône et Haute-Garonne)² et deux départements de la région parisienne socialement bien différenciés (Seine-Saint-Denis et Hauts-de-Seine). Une façon d'illustrer le fait que les inégalités dans la répartition de l'offre de professionnels sur le territoire recoupe tout à la fois une inégalité entre zones rurales et zones urbaines et une inégalité entre zones pauvres et zones plus prospères.

.../...



Quelle politique d'installation pour réduire les inégalités ?

.../...

Départements	Eure	Mayenne	Seine-St-Denis	France Métropole	Hauts-de-Seine	Haute-Garonne	Bouches-du-Rhône	Écarts*
Médecins (libéraux et salariés) pour 100 000 habitants								
Médecins généralistes	118,7	124,0	156,6	166,8	192,8	190,3	210,5	1,8
Médecins spécialistes	85,3	81,8	129,5	174,4	230,7	246,7	253,8	3,0
Ensemble des médecins	204,0	205,8	286,0	341,2	423,5	437,0	464,3	2,3
Lits de courts séjours pour 1 000 habitants								
Médecine	1,1	2,0	1,4	2,1	2,7	2,1	2,6	2,4
Chirurgie	0,8	1,2	1,2	1,7	1,9	2,0	2,3	2,8
Gynécologie-Obstétrique	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	2,2
Lits en « Soins de suite » pour 1 000 habitants								
	1,4	1,4	0,9	1,6	1,2	1,6	2,1	1,5
Médecins spécialistes libéraux pour 100 000 habitants								
Dermato-vénérologie	3,4	2,7	4,4	5,7	9,5	10,0	9,4	3,7
Pédiatrie	1,6	1,0	5,3	4,8	10,9	8,9	7,6	10,7
Ophthalmologie	4,7	4,1	6,6	7,7	11,0	10,1	11,0	2,7
Oto-rhino-laryngologie	2,5	2,0	4,2	3,7	5,9	4,9	5,0	2,9
Autres professionnels libéraux de santé pour 100 000 habitants								
Dentistes	37,2	39,2	41,1	62,7	86,6	95,1	83,5	2,6
Infirmières	60,1	72,9	37,3	103,9	50,1	175,9	231,3	6,2
Kiné	47,2	41,2	49,2	78,8	96,6	111,2	133,9	3,2
Part des personnes âgées								
Part des plus de 60	18,6	22,4	14,7	20,7	17,3	18,2	20,9	
Part des plus de 75	6,7	8,9	5,0	7,9	6,8	6,9	7,9	
Taux de mortalité infantile								
	4,0	3,7	5,4	4,2	4,4	3,2	3,5	
Pauvreté								
Nombre de RMIste pour 1000 personnes de 20 à 59 ans								
	24,2	14,8	61,9	33,1	26,9	40,4	71,0	
Part des bénéficiaires de la CMU								
	5,4	3,6	12,9	6,7	5,3	7,1	12,3	

Source : Statiss-DREES – ministère de la Santé

* Écarts : valeur entre la valeur la plus forte et la valeur la plus faible figurant sur le tableau.

Ce tableau, nécessairement partiel, permet d'illustrer plusieurs points bien connus en matière de démographie des professionnels de santé.

- Les départements les moins bien dotés dans un domaine (ici par exemple la densité de médecins) sont également moins bien dotés dans les autres domaines du soin. Si l'Eure a deux fois moins de médecins en général et de médecins généralistes par habitant que les Bouches-du-Rhône, elle a trois fois moins de médecins spécialistes. Cet écart existe également pour les lits hospitaliers de courts séjours (deux fois moins)³. Il est légèrement amoindri (un tiers en moins) pour les lits de

« soins de suite », mais il est renforcé en ce qui concerne les médecins spécialistes⁴ et les autres professions de santé.

Dans les faits, cette sous-dotation est « compensée » de différentes façons. Activité plus grande pour les professionnels présents⁵ : alors que le nombre moyen d'actes par généraliste est de 5 000 pour l'ensemble de la France il est de 8 900 en zones dites « en difficulté » et de 8 500 en zones dites « fragiles »⁶. Activité différente : dans les départements les moins bien dotés, les généralistes sont plus nombreux que les spécialistes, c'est l'inverse dans les départements mieux dotés. L'activité des généralistes est alors plus « large ».

Partage des tâches différentes : dans les zones « en difficulté » et « fragiles », la part des actes « techniques » dans l'activité des infirmières est plus importante que dans d'autres zones. Recours aux soins hors de la zone administrative : la limite des départements, et encore plus souvent des régions, a peu de pertinence dans le domaine des soins. Les habitants d'un département sous-doté auront donc recours à des professionnels exerçant dans le département voisin. C'est particulièrement vrai dans le domaine des spécialistes. Reste que la capacité à se déplacer n'est pas la même suivant l'appartenance sociale, et qu'il y a donc ici aussi sources d'inégalités. Enfin, les données disponibles montrent que la consommation de soins est plus faible dans les zones sous-dotées. Une des formes d'ajustement à une offre plus limitée est donc le renoncement aux soins.

Le fait que la faible présence d'une profession soit liée à la faible présence des autres professions, le fait que la sous-dotation soit « compensée » par d'autres formes de partage des champs professionnels, plaident pour que la question de la répartition des professionnels sur le territoire ne soit pas abordée au niveau d'une seule profession prise séparément des autres.

C'est l'ensemble des professions, et les liens plus ou moins organisés qui leur permettent de travailler, plus ou moins bien, ensemble, qu'il faut prendre en considération.

- La moindre dotation de certains départements, ou au contraire la meilleure dotation d'autres, ne peut s'expliquer par la présence de problèmes de santé plus ou moins importants ici qu'ailleurs. La question de la mesure des « besoins » de santé est complexe, nous y revenons plus loin. Les données dont on dispose dans ce domaine sont partielles et souvent grossières, mais on voit bien dans le tableau ci-dessus que ce ne sont pas les différences de structure par âge des populations de l'Eure et de la Haute-Garonne qui peuvent expliquer les écarts dans l'offre de soins. On voit même au contraire que les données relatives à la mortalité infantile et à la pauvreté plaideraient plutôt pour un fort rééquilibrage en matière d'offre de soins entre la Seine-Saint-Denis et les Hauts-de-Seine.

- Une politique dans le domaine de la répartition de l'offre de soins sur le territoire devrait donc se définir en tenant compte des « besoins de santé ». Les données dont on dispose facilement sont celles de la consommation de soins. Ces données ne sont pas une bonne mesure des « besoins ». D'une part chacun sait que dans le domaine du soin, l'offre (ici la densité de professionnels) est capable de créer de la consommation (« demande

induite »), ne serait-ce que pour assurer les revenus de professionnels libéraux rémunérés à l'acte⁷. Mais surtout, de nombreuses études ont montré qu'une des sources des inégalités d'accès aux soins est la plus grande « retenue » des plus modestes dans le recours aux soins. Parce que les soins sont une dépense, parce que le rapport avec les professionnels de santé est plus compliqué quand on a un faible niveau de formation, parce que le rapport au corps, à la douleur, à la prévention ne sont pas les mêmes dans toutes les catégories sociales. La « résistance au mal », le fait de « ne pas se plaindre », font partie des pratiques culturelles valorisées dans les catégories sociales modestes.

Si, pour prendre en compte les « besoins », on ne peut s'appuyer sur la consommation, sur quoi prendre appui ? L'idéal serait de partir de données relatives à l'état de santé des populations. La mise en place d'instruments de connaissance dans ces domaines prendra sans doute du temps et posera de nombreux problèmes. Le fait de ne pouvoir disposer rapidement d'un outil parfait ne saurait dispenser de se doter de moyens plus frustes, mais robustes, de prise en compte des « besoins ». Or on sait que la part des personnes âgées, la présence plus ou moins importante des maladies chroniques les plus répandues et l'importance des populations pauvres sont trois déterminants importants des besoins de santé⁸. Aujourd'hui, la répartition des professionnels sur le territoire ne tient compte d'aucun de ces déterminants.

Comment mieux répartir les professionnels

Comment agir ? L'action sur la répartition peut prendre place avant et pendant la formation, au moment de l'installation, en cours d'exercice⁹.

Avant et pendant la formation, il s'agit principalement d'information. Information pour élargir le champ des recrutements vers les formations de soignant, mais surtout information pendant la formation sur la réalité des diverses formes d'exercice. De même que la faible place et la mauvaise organisation des stages en médecine générale est une des causes de la désaffection dont souffre la médecine générale, il y a très peu de chances que des candidats choisissent d'aller exercer en milieu rural, ou en zone socialement défavorisée, s'ils n'ont eu, au cours de leur formation, de contacts avec ce type d'exercice¹⁰.

Autre piste, qui pose d'intéressants problèmes : favoriser le recrutement d'étudiants issus des zones délaissées. L'étude des installations montre que les étudiants qui ont vécu, avant leurs études, dans des zones de faible implantation sanitaire s'installent plus que les autres dans ces zones.

.../...

Quelle politique d'installation pour réduire les inégalités ?

.../...

Partant de ce constat, on peut favoriser le recrutement d'étudiants issus de ces zones, en jouant sur diverses possibilités (bourse, soutien universitaire, type d'épreuves, etc.).

En voilà une idée intéressante et qui va provoquer de jolis débats...

Au moment de l'installation, on peut avoir recours à des mesures négatives (limitation de l'installation dans les zones considérées comme déjà correctement dotées¹¹) ou positives (aide financière, majoration des tarifs). Parce que plusieurs pays l'ont tenté, on sait que les aides financières (bourses d'études, aide financière à l'installation en échange d'un engagement à exercer un certain temps dans la zone considérée) ont une faible efficacité à court terme qui disparaît presque totalement à moyen terme.

La décision d'installation ne répond pas qu'à des critères financiers. Les conditions d'exercice jouent aussi un rôle : vais-je exercer en solitaire ? Dans un groupe ? Avec quels équipements ? Comme la présence d'autres professionnels, l'existence ou non de structures de soins. La proximité d'un hôpital, par exemple, ouvre tout à la fois des perspectives de contacts, mais aussi des perspectives professionnelles.

Enfin, les conditions générales de vie ont aussi leur place dans la décision. Une femme médecin qui vit en couple avec un diplômé de l'enseignement supérieur travaillant dans une structure située plutôt dans une zone urbaine, ne fera pas les mêmes choix d'installation qu'un médecin homme qui, dans les années soixante, considérait

comme « normal » que son épouse soit sans activité professionnelle¹². Un médecin qui a des enfants regarde la qualité des équipements scolaires là où il décide de s'installer. Un professionnel de santé peut vouloir avoir une consommation culturelle... Bref, les études disponibles montrent que les déterminants du choix de l'installation ne sont pas tous, loin de là, professionnels.

Si l'on prend en compte l'ensemble de ces déterminants, on comprend bien que non seulement les politiques de répartition des professionnels ne peuvent se faire profession par profession et qu'elles doivent s'articuler à une vision générale de l'organisation du système de santé, mais que, de plus, elles doivent s'articuler avec des politiques plus générales d'aménagement du territoire.

De ce point de vue, un gouvernement qui réduit les services publics dans les zones rurales (poste, écoles, lieux culturels) et ne fait pas d'effort suffisant pour les développer dans les zones urbaines fragiles, un gouvernement qui ferme les hôpitaux de proximité est spécialement mal placé pour demander aux professionnels de premier recours (médecins, infirmières, dentistes, kiné...) d'aller s'installer dans les zones qui ont tendance à se désertifier.

Mais une bonne répartition ne se limite pas à l'installation. La question des mouvements des professionnels en cours d'exercice doit également être posée. La bonne répartition suppose, contrairement à ce qu'une vision simpliste pourrait faire croire, qu'il y ait des possibilités de changer. Si l'implantation dans une zone déficitaire



doit vous assigner en permanence à cette zone, et à un seul type d'exercice, alors il sera encore moins tentant de s'y installer. Les possibilités de bouger, à l'intérieur d'une profession, ou en changeant de profession grâce à des formations en cours d'activité sont sans doute une des dimensions trop négligée de la question de la répartition des professionnels.

L'inégale répartition des professionnels sur le territoire, parce qu'elle pose un grave problème d'inégalité d'accès aux soins, ne peut être laissée en l'état. La réponse par le maintien d'une « liberté d'installation » individuelle des profes-

sionnels est inacceptable. Mais la réponse qui consisterait à faire peser des contraintes d'installation uniquement sur les jeunes professionnels, profession par profession, c'est-à-dire sans vision d'ensemble de l'organisation souhaitable de l'offre de soins, et sans articulation avec une politique d'aménagement du territoire, est tout autant inacceptable.

Si elle ne résout pas tous les problèmes, en particulier ceux plus larges d'aménagement du territoire, la proposition de mise en place de « maisons de santé » qui élargit la réflexion aux modes d'exercice et de rémunération est sans doute une piste à approfondir. ■

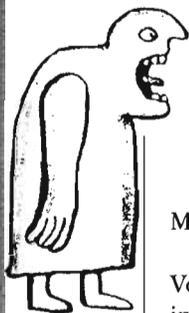
1. La situation de la démographie des professionnels de santé est évidemment encore plus mauvaise dans les DOM. Pour une densité moyenne de médecins (généralistes et spécialistes, libéraux et salariés) de 341 pour 100 000 habitants en France métropolitaine, cette densité est de 266 à la Réunion, de 250 à la Martinique, de 218 pour la Guadeloupe et de 185 pour la Guyane.
2. Ne figure pas dans ce tableau la ville-département de Paris qui avec sa densité de 852 médecins pour 100 000 habitants est un cas tout à fait particulier.
3. Ici on ne compte que les lits hospitaliers. On pourrait ajouter que le nombre de professionnels « au pied du lit » (médecins + infirmières + aides soignantes + ... par lit) est toujours plus faible dans les hôpitaux des départements où le nombre de lits lui par habitant est déjà faible. La règle inverse (plus de professionnels par lit) étant évidemment vraie dans les départements où le nombre de lits par habitants est plus élevé. On peut aussi ajouter les difficultés à recruter du personnel plus grandes pour les hôpitaux de proximité que pour les CHU. Alors que le taux de vacances de postes de PH est de 13 % pour les CHU, il monte à 18 % pour les hôpitaux non CHU.
4. Alors que nous nous limitons ici aux « spécialistes de proximité ».
5. Ce qui renvoie à ce qui devrait être une évidence. Compter le nombre de professionnels (nombre de jambes divisées par deux) n'a pas de sens. Ce qui compte, c'est l'activité que ces professionnels vont pouvoir développer. C'est ici que la féminisation intervient avec la permanence du partage sexué des tâches ménagères qui conduit à ce que les femmes aient un temps de travail (à l'extérieur) plus court. C'est ici que devrait aussi intervenir la question du contenu de l'activité, de son organisation, des rapports entre professionnels différents...
6. Le département est une zone trop large pour bien mesurer les problèmes d'accès aux soins. L'Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) (www.sante.gouv.fr/ondps) travaille donc sur plus de 7 400 « zones

de soins ». Les zones dites « en difficulté » sont celles qui présentent les plus gros problèmes d'accès aux professionnels, les zones dites « fragiles » présentent des problèmes un peu moins graves.

7. La question de la plus ou moins grande « socialisation » des revenus des professionnels doit ici être prise en compte. Moins des revenus des professionnels sont liés aux tarifs de l'Assurance maladie (rémunération sur la base d'actes non pris en charge, dépassements...) et plus les risques d'une implantation des professionnels en fonction des seuls revenus des populations prises en charge sont grands.
8. La prise en compte des « besoins de santé » d'une zone pour y faire correspondre une offre de professionnels de santé pose la redoutable question de la définition de la zone (on sait que la taille de la zone pour ce qui est de la médecine générale ne sera pas la même que pour la chirurgie cardiaque) et la question de « l'affection » dans la zone non seulement des professionnels, mais aussi des patients.
9. Les développements qui suivent s'inspirent largement des travaux menés par l'IRDES, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé (www.irdes.fr) sur le sujet. Voir en particulier « Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature ». *Question d'économie de la santé*, n° 116, décembre 2006.
10. La question alors s'inscrit dans le cadre plus général de la formation des médecins. Le fait que le jeune médecin soit, dans la seconde partie de sa formation, utilisé comme force de travail par l'hôpital dans lequel il est formé participe à la complexification de la question.
11. En l'absence de réelle définition de ce que devrait être le « bon » niveau de dotation, on a recours à des écarts à la moyenne. Définir le « bon » niveau de dotation en fonction de la moyenne des situations actuelles a évidemment très peu de sens.
12. Quitte à ce qu'elle joue le rôle de secrétaire du cabinet.

Face aux caisses : l'exaspération

■ **Bernard Senet**, médecin généraliste



À l'attention du directeur de la CPAM de Vaucluse
Copie à M. le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

Monsieur le Directeur,

Votre courrier m'informant de la mise en place d'une commission d'entraide confraternelle installée au sein du conseil départemental de l'Ordre m'a été droit au cœur.

Effectivement, notre département a malheureusement connu un taux important de difficultés psychologiques au sein de la population des praticiens, et particulièrement des généralistes ; il est difficile de savoir si les causes sont d'ordre privé ou professionnel. La mise en place de cette « cellule » émane certainement d'un sentiment de culpabilité de la caisse et de nos instances ordinales.

Probablement, dans la moyenne, sur le plan technique et psychologique, je dois reconnaître que les difficultés s'amoncellent depuis trente ans et que les caisses n'y sont pas étrangères :

- quand un médecin conseil demande aux patients de justifier leur interruption de travail pourtant motivée et renseignée sur le formulaire adéquat, en oubliant de nous relire ;
- quand un autre demande pourquoi un patient victime d'un cancer évolutif ne peut pas reprendre son activité au bout de trois ans de maladie ;
- quand le directeur de la caisse nous rappelle que l'Atrovent® et le Bricanyl® sont réservés à la prescription des pneumologues et pédiatres ;
- quand nous voyons arriver, en consultation de fin de journée, des patients sortant d'hospitalisation sans prescription pourtant absolument nécessaire pour ne pas alourdir le « profil médical » du spécialiste hospitalier ;
- quand le renouvellement des protocoles ALD¹ doit se faire de plus en plus fréquemment, nous obligeant à renouveler régulièrement des demandes concernant des maladies chroniques, sclérose en plaques, cancers et autres maladies infectieuses, inguérissables ;
- quand une personne présente plusieurs pathologies justifiant d'une ALD, et que c'est celle dont la durée de la prise en charge est la plus courte qui prévaut et entraîne l'échéance de toutes les autres ;
- quand nous remplissons pour un « tableau 57 » (tendinopathie première cause de maladie professionnelle) jusqu'à dix courriers dans le mois pour que la personne puisse toucher ses indemnités journalières, alors que l'employeur qui lui a fait visser avec force 600 vis par jour à la main n'est aucunement inquieté ;
- quand les caisses, après nous avoir imposé une informatisation des cabinets, ne nous permettent pas de télétransmettre en tiers-payant les parts complémentaires ;
- quand les invitations aux CMPL² ressemblent à des convocations et qu'il n'est prévu aucune indemnisation du temps perdu à défendre des prescriptions reconnues ensuite comme justifiées ;
- quand l'argument financier prime d'emblée sur l'argument sanitaire...

... on peut s'étonner que si peu de médecins passent à l'acte (suicide, retraite anticipée, fonctionnarisation...) ; n'est-ce pas simplement médiatique de mettre en place une telle commission dans le but inavoué d'aider une profession à accepter des contraintes plus démagogiques qu'efficaces ?

En vous espérant tous deux en bonne santé, veuillez croire, Messieurs, en l'expression de mes sentiments respectueux.

Bernard Senet

1. Affection Longue Durée donnant droit à l'exonération du ticket modérateur.

2. Commission Médicale Paritaire Locale.

Génériques : sauver des Rwandais ou sauver l'OMC ? À propos des accords ADPIC.

L'auteur a déclaré l'absence de conflit d'intérêt.

Jacques Richaud, praticien hospitalier

Le Canada est le premier gouvernement à avoir notifié à l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), le 4 octobre 2007, l'autorisation donnée à un laboratoire de fabriquer et exporter vers le Rwanda un médicament breveté dans sa version générique (TriAvir, utilisé dans la trithérapie du sida).

Il est utile de décrypter l'origine et le sens de cette démarche, pour « nuancer » l'interprétation de cette « bonne nouvelle ».

Quel est le contexte ?

Il s'agit de la première application d'un accord intervenu en 2003, succédant à des négociations au sein de l'OMC concernant les « Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce » (ADPIC). Les médicaments et la santé publique ne représentent que l'un des chapitres de ces accords. Le processus avait été entamé le 14 novembre 2001 par une première « déclaration » au sommet de l'OMC de Doha. Le 27 juin 2002, il était précisé que ces accords devaient concerner les « Pays les Moins Avancés » (PMA) qui désormais « ne seraient plus tenus d'accorder des droits exclusifs... pour des produits pharmaceutiques qui font l'objet d'une démarche de brevet, jusqu'en janvier 2016 ».

Le 30 août 2003, une « dérogation » levait les limitations d'exportation sous « licence obligatoire » vers les PMA.

C'est en se fondant sur cette décision que le Rwanda demandait, le 17 juillet 2007, l'autorisation d'importer des génériques pour la trithérapie du sida, faisant appel à la notion « d'urgence nationale » prévue dans les accords ADPIC. Ce pays misérable de huit millions d'habitants possède une des plus fortes mortalité infantile, supérieure à 110 pour mille et une espérance de vie inférieure à quarante ans, avec un des plus bas niveau de revenu par habitant malgré des richesses naturelles importantes, en particulier en minerais. Les accords prévoient une rémunération pour ces importations, mais aussi un engagement à ne pas détourner ces médicaments vers les « mauvais marchés », en clair la revente à des pays voisins, mais sans contrainte pour l'utilisation sociale des produits.

Quels sont les enjeux ?

Nul doute que les génériques importés rendent le traitement du sida accessible à une faible part de

la population misérable concernée. Seule la gratuité de la distribution, telle que réalisée au Brésil, aurait un effet sanitaire quantitativement appréciable.

En réalité, les accords ADPIC élaborés par l'OMC ne sont pas « altruistes ». Cette procédure maintient les firmes pharmaceutiques du « Nord » en capacité d'approvisionner un pays réputé « peu solvable » ; et surtout cette possibilité vise à contrer les tentatives des pays du « Sud » capables de produire des médicaments à un moindre coût. Le Brésil déjà s'est opposé à cette hégémonie du Nord, l'Inde également qui, sous pression de l'OMC, a dû renoncer à son industrie générique émergente.

Une gigantesque bataille mondiale pour la santé s'était engagée à l'occasion du procès fait par l'empire pharmaceutique à l'Afrique du Sud productrice de ses propres médicaments. Une indignation et une mobilisation mondiale avaient imposé aux plaignants un « recul stratégique ». Les accords ADPIC représentent le mode de riposte de l'OMC par lequel pour ne pas « tout perdre », l'OMC prévoit des concessions dont le principal objectif est de contrer les industries pharmaceutiques émergentes dans le Sud et imposer encore un temps une pseudo-légitimité pour la « protection intellectuelle », c'est-à-dire, en clair, pour perpétuer l'appropriation et la marchandisation du savoir qui fondent la prospérité du « Nord », au prix parfois de la misère et de la mortalité au « Sud ».

C'est bien ici l'enjeu principal de l'affrontement entre l'OMC et le reste du monde « moins avancé ». Lorsque ces pays veulent privilégier l'intérêt et la survie de leur population, ils sont qualifiés de « piraterie » et de « contrefaçon » par ceux qui s'approprient le savoir humain. Le « droit de propriété » ici défendu est un obstacle à la vie et au développement humain ; assimilable à une imposture criminelle protégée par des organismes supranationaux sans légitimité démocratique. L'avenir du Sud dépendra de l'émancipation de continents encore asservis à une logique contraire à leurs intérêts. Les génériques du Rwanda sauveront certainement des milliers de malades, mais la survie de millions d'autres dépendra de la remise en cause de la propriété intellectuelle et des lois organisant la domination commerciale. ■

Déclaration de liens d'intérêts?

IMarion Lamort-Bouché, interne en médecine générale

Après la publication en mars dernier des décrets d'application de l'article 26 de la loi Kouchner, qui fait obligation à tout professionnel de santé qui s'exprime en public sur un produit de santé de déclarer ses conflits d'intérêt (voir p. 116 du n° 37-38 de *Pratiques* : « Une décision hâtive »), Marion Lamort-Bouché nous permet de publier la déclaration d'intérêt qu'elle a écrite pour le Formindep (www.formindep.org).

J'ai 24 ans, je suis interne en médecine générale à Lyon, en poste au Centre Hospitalier Régional de Fleyriat de Bourg-en-Bresse.

Au cours des six dernières années :

J'ai suivi mon premier et deuxième cycle de médecine à l'UFR¹ Lyon Nord.

J'ai suivi une formation initiale théorique réalisée par les PUPH et MCUPH² dépendant de Lyon Nord : ceux-ci n'ont jamais déclaré leurs liens d'intérêts.

Durant la même période, j'ai reçu une formation pratique au sein des CHU de Lyon (Hospices Civils de Lyon), au cours de laquelle j'ai été amenée à participer à des colloques de services de spécialité financés par des laboratoires pharmaceutiques, et/ou présentés par des visiteurs médicaux (voire des médecins référents de laboratoire). J'ai assisté à plusieurs reprises (en service et en consultation) à la visite médicale adressée aux médecins et aux internes, j'ai bénéficié de « petit-déjeuner-présentation-du-dernier-médicament-qui-change-la-thérapeutique ». Je n'ai pas utilisé, ni conservé, les documents publicitaires de laboratoires ou « petits cadeaux » (stylos notamment).

J'ai préparé l'Examen National Classant au sein de la Conférence Hippocrate en 2005, 2006 et 2007, financée par les Laboratoires Servier (le tuteur/conférencier est payé par les étudiants, la structure, les photocopies, la location de la salle, etc., sont financés par le laboratoire).

Je déclare :

Être adhérente au Formindep (association loi 1901, pour une formation médicale indépendante au service des seuls professionnels de santé et des patients) ; depuis 2007, être signataire de la charte du Formindep et donc membre du collectif Formindep depuis 2006, et être élue au Conseil d'Administration du Formindep depuis le 20 octobre 2007.

Être adhérente de l'association du Cri d'Éthique de Grenoble (association loi 1901, indépendante, de réflexion sur le soin).

Être adhérente et élue au conseil d'administration de l'Orchestre des Hospices Civils de Lyon (OHCL, association loi 1901 dont le but est d'offrir des concerts aux patients, famille de patients et soignants – www.ohcl.org) dont le mécène est la MACSF³.

Être adhérente au Syndicat des Résidents de Lyon et Internes en Médecine Générale (Syrel-Img) lui-même adhérent à l'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale (ISNAR-IMG), tous deux partiellement financés par l'industrie pharmaceutique. ■

1. Unité de formation et de recherche.

2. Professeur Universitaire Praticien Hospitalier et Maître de Conférence Universitaire Praticien Hospitalier.

3. Mutuelle d'assurance du corps sanitaire français.

Long séjour : de courte durée

Bernard Senet, médecin généraliste

Il y a plus d'un an, le gouvernement avait programmé la suppression progressive d'un certain nombre d'unités de soins de longue durée (USLD) communément dénommées « long séjour ». À l'époque, les levées de boucliers avaient été suffisamment rapides et fermes pour que le gouvernement recule, d'autant qu'en cette période pré-électorale, il fallait éviter de froisser le personnel et surtout les élus concernés. Dans ces services sont accueillis des patients dépendants qui justifient des soins médicaux nécessaires à leur perte majeure de capacités, tant au niveau physique que cognitif ; il ne s'agit pas vraiment de « mouirois », puisque les durées moyennes de séjour y sont de plusieurs mois, voire de plusieurs années. Les patients y sont particulièrement dépendants mais stabilisés, ce qui pose justement le problème de leurs besoins de soins au sens « Sécurité sociale » du terme.

Le financement est appuyé sur trois bases :

- un « forfait soins », payé par la Sécurité sociale sous contrôle de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) ;
- un « forfait dépendance », payé par le Conseil Général pour chaque patient quel que soit ses revenus ;
- un « forfait hébergement », payé par le patient ou sa famille ou son tuteur ou l'aide sociale en cas de revenus sous le plafond déterminé par la loi.

Cela signifie que le département peut avoir à charge le forfait dépendance et une partie du forfait hébergement d'un même patient.

Dans la politique des transferts de charges de la Sécurité sociale et de l'État vers les collectivités locales, il est donc prévu de supprimer certains lits d'USLD pour les transformer en lits d'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Ces lits ne bénéficiant pas de forfaits soins, il est fait appel au personnel soignant « libéral » comme cela se fait dans les foyers logement, les maisons de retraite... et à domicile.

Pour démontrer l'absence de besoin de soins, le ministère de la Santé et les caisses ont diligenté des médecins conseils qui ont effectué une estimation des « hospitalo-requérants » au sein des longs séjours en utilisant une grille nommée « pathos » (et pourquoi pas « thanatos » ?). Les résultats sur un échantillonnage national ont montré que 30 % des patients justifiaient des soins infirmiers et médicaux quotidiens et rapprochés, ce qui permettait de justifier la transformation de deux tiers des lits en hébergement. Ce transfert de charges ne présente pas beaucoup d'avantages au niveau

de l'Assurance maladie, puisque le budget sanitaire va basculer sur le budget des libéraux, mais alourdit nettement le budget dépendance des établissements d'hébergement, une partie du personnel soignant actuellement payé au « forfait soins » risquant d'être licencié. Pour maintenir la même qualité, déjà souvent minimale, les établissements devront augmenter leurs tarifs. La notion d'hospitalo-requérant permet de défendre le maintien de tels services : les patients y sont pris en charge alors que leur état justifie un jour sur trois un suivi hospitalier rapproché. Il faut ici insister sur les économies de transport vers les urgences ou des services de médecine et l'importance d'éviter les transferts chez des gens âgés fragilisés.

Sur le Vaucluse, l'ARH avait prévu de diminuer les longs séjours de 490 à... 100 lits. La réaction des établissements menacés a permis de ramener ce chiffre à 250 environ, mais rien n'est définitivement acquis, aux dernières nouvelles ce serait plutôt 150.

Certaines structures ont déjà entériné leur disparition, car les textes de 2006 veulent imposer un minimum de 30 lits pour qu'une unité de long séjour soit « viable », sur le plan de la gestion évidemment.

Les petites unités d'une dizaine de lits, souvent excentrées, dans un hôpital local ou une maison de retraite, sont donc condamnées. Les patients les plus lourds seront dirigés vers les unités qui survivront et s'éloigneront ainsi de leurs familles et de leurs attaches. Dans notre département, les longs séjours de Gordes, Sault, Vaison la Romaine, Valréas, etc. vont disparaître ; pour le moment seuls Avignon, peut-être Apt et Carpentras, seront maintenus : bonjour les trajets pour les familles... Le transfert de charges de l'Assurance maladie vers les départements va donc s'accompagner d'une recentralisation des grands dépendants. En les coupant encore plus de leurs racines, peut être mourront-ils plus vite, permettant d'éviter la création de nouveaux lits qui s'annoncent indispensables démographiquement. Chaque département devra choisir s'il s'investit plus dans le 3^e âge que dans les routes ou les collèges.

N'oublions pas que nous dépensons la moitié de notre budget santé dans les six derniers mois de notre vie, parole de gestionnaire. ■

« Les petites unités d'une dizaine de lits, souvent excentrées, dans un hôpital local ou une maison de retraite, sont donc condamnées. »

Vaccination antivariolique

Jean-Pierre Lellouche, médecin pédiatre

Ma première rencontre avec un vaccin, ou plutôt la première dont je me souviens bien, date de 1955. J'avais 11 ans et comme il y avait eu des cas de variole à Vannes, il avait été décidé de vacciner tous les habitants de la France. En bonne logique administrative, puisque je vivais à La Goulette, à 13 km de Tunis, il était nécessaire, et même tout à fait indispensable, que je sois vacciné, puisque la Tunisie était un Protectorat français. Je reviendrai sur la vaccination conçue comme une procédure systématique administrative et la vaccination tenant compte du risque réel.

Je jouais au baby-foot chez Hassan à côté du café Miled lorsqu'un infirmier, accompagné de deux policiers et d'un chien policier, se sont présentés. Ils avaient déjà massivement vacciné le quartier de la petite Sicile et la Goulette vieille, ils allaient progressivement et systématiquement vacciner jusqu'à Goulette casino.

Je connaissais l'infirmier et les policiers, ou plutôt ils me connaissaient, car j'étais Ould Lellouche : le fils Lellouche, dans une petite ville où chacun savait qui était qui et où tout le monde connaissait et respectait mon père Albert Lellouche, qui était par ailleurs médecin municipal (et médecin de Sidi Lamine Pacha Bey, le bey de Tunis).

Il y a eu quelques secondes d'hésitation dans l'équipe vaccinatrice, puis ils m'ont demandé de présenter mon bras gauche et j'ai été vacciné.

Lorsque mon père l'a appris, il a été furieux, il m'a alors expliqué que la variole était beaucoup moins contagieuse que ce que l'on croyait habituellement, mais surtout que la présence de cas à Vannes n'entraînait rigoureusement aucun risque particulier pour nous à La Goulette.

Il m'a alors informé que compte tenu du fait que j'avais été vacciné deux ans plus tôt, j'aurais vraisemblablement une réaction assez rapide et relativement intense. Et je me souviens que ce fut le cas. Si je raconte cette histoire, c'est parce que j'ai plaisir à me souvenir de mon père et de La Goulette et des innombrables parties de baby-foot, mais c'est aussi parce que cette scène a toujours eu une très grande influence sur mon attitude face aux vaccinations.

Les maladies infectieuses sont si nombreuses et si diverses, les vaccins ont des caractéristiques si différentes, qu'il serait absurde d'être pour ou contre tous les vaccins. Et lorsque un vaccin est

globalement souhaitable, il peut être nécessaire de l'administrer à tous ou de le réserver à des populations ciblées.

Je voudrais essayer à partir de mon expérience goulettoise de réfléchir à quelques aspects du débat sur les vaccinations :

1. À La Goulette, en 1955, on a vacciné dans l'urgence et sans information à partir de l'idée fautive d'un risque accru.

Il me semble que chaque fois que cela est possible, c'est-à-dire chaque fois qu'il n'y a pas un risque très élevé à très court terme, il est bon de se donner un peu de temps pour informer, sensibiliser et convaincre.

2. Si l'on avait entrepris d'informer la population et de la convaincre, on aurait certainement découvert que quelques cas à Vannes ne créaient pas un risque majeur à la Goulette et on aurait au moins découvert qu'il n'y avait pas extrême urgence.

Il y a donc un lien étroit entre une décision stupide et une application systématique violente, rapide, indiscriminée. Et il y a réciproquement un lien étroit entre des mesures modérées, réfléchies, intelligentes et une information respectueuse de l'intelligence de la population.

Je voudrais essayer de préciser cette notion qui me semble fondamentale du lien entre politique intelligente, information intelligente et respect de la population.

Je le ferai à propos d'une hypothèse. Supposons que la varicelle entraîne quelques cas très graves : décès de quelques leucémiques ou même de personnes n'ayant pas de fragilité particulière, ou bien malformations fœtales et supposons que ces cas soient très médiatisés.

« La présence de cas à Vannes n'entraînait aucun risque à La Goulette. »



Une émotion forte et parfaitement légitime aurait lieu. Des gens diraient : « C'est pas normal, il y a un vaccin et vous laissez faire ». La question de l'opportunité de vacciner tout ou partie de la population contre la varicelle serait alors posée dans les pires conditions : très forte émotion, désir d'une solution immédiate spectaculaire. La question de l'opportunité de vacciner contre la varicelle est une question difficile, on sait qu'actuellement en France, elle n'est pas largement pratiquée ni fortement recommandée. Aux États-Unis, en revanche, elle est très largement pratiquée. Qui a raison, qui a tort ? Il faudrait en débattre de façon sereine et approfondie, idéalement à froid, c'est-à-dire sans attendre des situations plus ou moins artificiellement mises en épingle par les médias. Il faudrait en débattre sérieusement, c'est-à-dire en publiant dans des revues indépendantes des laboratoires producteurs de vaccins et ayant un vrai comité de lecture. La bêtise appliquée de façon systématique avec précipitation dans un climat d'urgence et de coercition (c'est-à-dire la pratique goulettoise de 1955 avec chien policier) est la conséquence quasi obligée de l'absence de débat serein et à froid en se donnant toutes les chances pour que les choix soient aussi rationnels que possible (experts indépendants motivés et compétents, revues médicales indépendantes ayant un vrai comité de lecture). Lorsque des responsables politiques ont le

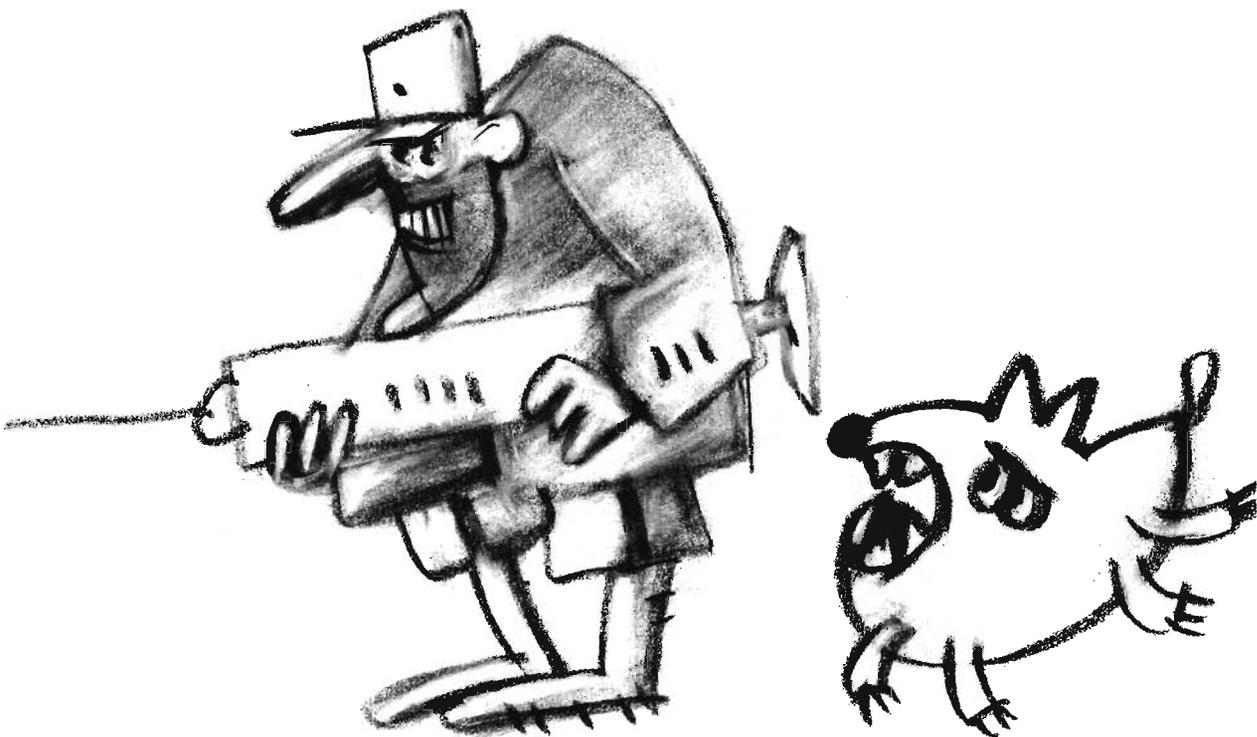
« Il serait absurde d'être pour ou contre tous les vaccins. »

sentiment d'avoir pris le temps de réfléchir, lorsqu'ils se sentent avoir été compétents, ils n'ont aucune raison d'être violents, excessifs, pressés. Ils ne sont pas insensibles aux interrogations et aux demandes de précisions. Au contraire, lorsqu'ils ont de façon plus ou moins nette le sentiment que

tout n'est pas parfait, que certains des spécialistes qu'ils ont consultés ont ce que l'on appelle des conflits d'intérêt ou, pour le dire de façon plus prosaïque, qu'ils « roulent » pour des laboratoires. Lorsque ces responsables ont le sentiment que beaucoup de revues médicales ne jouent pas le jeu d'un approfondissement des connaissances, mais ont d'autres motivations, alors ces responsables ont le choix entre ne rien faire ou faire brutalement.

Il y a là une illustration de la différence entre autorité et autoritarisme. Quand on est compétent, lorsque l'on s'appuie sur des experts compétents, lorsque l'on fait des choix au terme d'une analyse claire, explicite, on est une autorité et on a de l'autorité.

Quand on ne sait pas distinguer entre l'expert compétent et l'ami intéressé des labos, lorsqu'on ne sait pas distinguer entre une revue médicale de qualité et les innombrables parasites, on n'est pas en position d'autorité, on ne peut que faire acte d'autoritarisme, avec ou sans chiens policiers. —



Autisme, le rôle des parents

Jean-Pierre Lellouche, médecin pédiatre

Sous le titre *Understanding autism : parents and pediatricians in historical perspective*, Chloe Silverman et Jeffrey Brosco proposent une réflexion qui va très au-delà de la question de l'autisme. Ils analysent les rapports qu'ont eus ces 50 dernières années les parents d'autistes et les médecins, et montrent que la participation des familles pour mieux comprendre et mieux traiter des situations complexes, dont l'autisme n'est qu'un exemple, est essentielle.

Ils commencent par raconter un cas fictif, mais qui est extrêmement intéressant, car il fait apparaître 1) la très grande connaissance qu'ont les parents de la maladie ; 2) le grand nombre de propositions thérapeutiques parallèles dont les unes sont probablement charlatanesques et folles, mais dont d'autres méritent d'être envisagées ; 3) la divergence entre la mère qui est très en demande et qui voudrait que tout soit essayé et le père sceptique et presque résigné ; 4) la grande patience et la disponibilité de l'équipe soignante, mais aussi les limites de cette patience et de cette disponibilité.

« Pourtant, le plus souvent, les parents et les médecins partagent les mêmes valeurs. »

Autant d'éléments que tous ceux qui se sont occupés d'enfants autistes, mais plus généralement de maladies chroniques graves, reconnaîtront comme fréquents.

Les auteurs rappellent les grands traits de l'histoire de l'autisme depuis son identification en 1943 par Kanner et la prééminence explicative des théories psychanalytiques jusqu'aux années 1960 où Bernard Rimland évoque pour la première fois, en 1964, une maladie neurologique avec une forte composante génétique. En 1977, une étude sur les jumeaux monozygotes, et depuis de nombreux travaux ont conduit la plupart des spécialistes à considérer l'autisme comme une maladie neurologique à forte composante génétique.

Silverman et Brosco notent que cette histoire est bien connue, mais que très peu de professionnels savent le rôle tout à fait essentiel qu'ont joué les parents dans la découverte de la maladie, mais aussi dans les avancées scientifiques et thérapeutiques.

L'apport des parents à la reconnaissance de l'autisme est soulignée d'emblée par Kanner qui écrit « l'obsession des parents fut une véritable bénédiction pour moi en ce qui concerne l'histoire de la maladie. Jamais enfants ne furent observés par leurs parents avec autant de précision et de minutie. » Mais il a très vite affirmé en public le caractère réfrigéré et réfrigérant des parents dont il a dit qu'ils avaient dû ne dégivrer que le temps nécessaire à faire un enfant (« *just happening to defrost long enough to produce a child* »).

De là l'idée de Bettelheim de proposer une psychothérapie aux parents et aux enfants.

Dans un essai publié en 1967, et largement diffusé, Clara Claiborne Park a fait observer que le caractère très dépersonnalisé des cliniques et lieux de soin pouvait facilement conduire à considérer des parents normalement chaleureux et impliqués à paraître distants. Et elle se demandait si « des professionnels réfrigérés n'ont pas pu créer des parents froids ».

Rimland, qui était psychologue et parent d'enfant atteint, a le premier évoqué une maladie neurologique à forte composante génétique, mais il a aussi pensé que les tendances sociales atypiques des parents et leurs tendances à l'intellectualisme pouvaient être liées à de légères tendances autistiques chez les parents.

Dès les années 1970, de nombreux parents ont témoigné que leur enfant avait eu un développement normal jusqu'à 18 mois-2 ans, puis qu'il avait régressé. Ces témoignages étaient souvent accueillis avec scepticisme. Ce n'est que récemment, dans les années 2000, soit 20 à 30 ans après, que ces témoignages ont été reconnus et validés. Des enregistrements au caméscope d'anniversaires ne laissent place à aucun doute quand à la réalité de ces régressions.

Dans les années 1990, l'association CAN (*Cure Autism Now*) a considéré que l'autisme était une maladie à composante génétique complexe et hétérogène sur le plan étiologique. Cette association a pensé qu'il fallait que les chercheurs collaborent, qu'ils réunissent leurs données au lieu de rester chacun dans son coin avec quelques cas. Elle a réuni plus de 400 familles et récolté six millions de dollars.

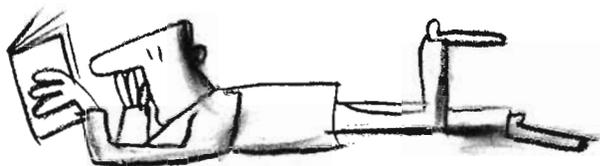
Ce sont des parents qui, au sein de la *National Society for Autistic Children* créée par Rimland, ont favorisé les travaux de Lovaas sur les techniques comportementales et plus personne ne discute le caractère essentiel de la forte implication des parents dans la thérapeutique.

Certaines associations de parents ont cru à certaines thérapeutiques de type vitamines à hautes doses, éviction de certains nutriments ; d'autres ont cru à la responsabilité de certains vaccins ou du thimerosal contenus dans plusieurs vaccins. Et il n'est pas certain que la piste d'une association entre le virus de la rougeole, les maladies inflammatoires de l'intestin et l'autisme doive être totalement abandonnée. Il n'est pas impossible qu'elle soit intéressante pour une minorité de cas. Les auteurs montrent que, même dans certains excès, et même s'il y a parfois de fausses pistes, la force d'interrogation de proposition et d'interpellation des parents est une bonne chose.

Les auteurs soulignent que depuis le Sida et le développement d'associations de malades, les médecins ont à faire face à un public qui peut parfois être très bien informé et avoir une excellente maîtrise du langage technique. Les relations entre les médecins et ces personnes très informées et très exigeantes ne sont pas faciles.

Pourtant, le plus souvent, les parents et les médecins partagent les mêmes valeurs. Les parents ont un rôle essentiel à jouer en tant qu'observateurs de la pathologie et de l'efficacité thérapeutique et de l'évolution ; ils ont un rôle à jouer en tant que proposant des idées et des pistes aux chercheurs ; ils sont très utiles pour informer le public et pour récolter des dons. ■

« La participation des familles pour mieux comprendre et mieux traiter des situations complexes, est essentielle. »



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir

Comment manipuler l'opinion en démocratie

- Edward Bernays, *Propaganda Comment manipuler l'opinion en démocratie*, La Découverte, 144 pages
- Viviane Mahler, *Souriez, vous êtes ciblés, La grande manipulation des consommateurs*, Albin Michel, 332 pages
- Claude-Marie Vadrot, *La grande surveillance. Caméras, ADN, portables, Internet*, Seuil, 251 pages

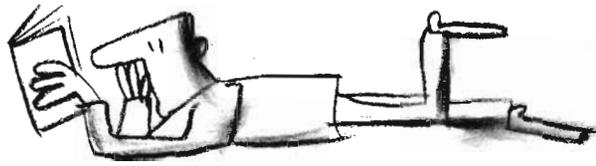
Honneur au premier, le plus ancien, et fabuleux personnage, Edward Bernays (1891-1995). Vous ne le connaissez pas, mais il fut célèbre aux États-Unis. C'est le neveu de Sigmund Freud (oui) et l'inventeur des relations publiques, c'est-à-dire d'une industrie de la communication promise à un fabuleux destin. Son essai *Propaganda*¹, remarquablement bien introduit par le philosophe canadien Normand Baillargeon, est un traité de manipulation des masses d'une limpidité parfaite. Publié en 1928, il a fait partie de la bibliothèque de Goebbels. Alors que la télévision n'est pas encore inventée, il montre de façon très moderne les possibilités infinies d'une certaine vision de la manipulation. En 1917, Bernays participe, comme jeune journaliste, au premier retournement d'opinion par des moyens modernes : une cellule de crise, constituée de journalistes, est chargée par le président Wilson de convaincre l'opinion américaine de la nécessité d'entrer dans la guerre. Mission réussie. Bernays comprend qu'on peut aller beaucoup plus loin. Il invente alors le mot, et la chose : le premier cabinet de « relations publiques » est né. Il fera sa fortune et celle de beaucoup d'autres...

Comme il l'explique dans *Propaganda*, avec un mélange de naïveté et de franchise incroyablement moderne, la démocratie c'est bien, mais un peu trop risqué. La masse populaire, inculte comme chacun sait, risque d'entraîner le pays dans des directions incontrôlées et préjudiciables à la minorité riche et cultivée qui, autrefois, détenait seule le pouvoir. Il faut donc que cette minorité se constitue en une sorte de « gouvernement invisible » capable d'imposer ses vues au peuple. Et c'est possible, se réjouit Bernays. Il va mettre au point des méthodes de persuasion d'avant-garde, infaillibles. Sa mère étant la sœur de Freud, il est particulièrement bien placé pour développer un usage « utilitariste » de la psychanalyse. Il fait appel aussi aux techniques de sondages et d'analyses comportementales les plus scientifiques, les plus rationnelles possibles. Des exemples : après la guerre de 14-18, l'opinion

américaine se révolte de voir des reportages sur des « hôpitaux de campagne » où sont (mal)traités les combattants blessés. Il lui suffit, après analyse subtile de la situation, d'appeler ces lieux « haltes d'urgence » pour calmer l'opinion. Et ainsi de suite. Les Américaines n'aiment plus le velours, les industriels viennent supplier Bernays de faire quelque chose... Il envoie des reporters à Paris et Lyon raconter de façon vraiment chatoyante la fabrication du velours. Dans la presse américaine fleurissent des interviews de personnalités parisiennes toutes vêtues, comme par hasard, de velours. Et ça repart. De la même manière, il trouve une idée sensationnelle pour les industriels du tabac, qui voudraient bien gagner ce qu'on n'appelle pas encore des « parts de marché ». À l'époque, il est impensable que les femmes fument. Bernays organise une manifestation où, de façon concertée, une foule de jeunes femmes allument des cigarettes toutes ensemble devant photographes et cameramen. Les images font le tour du pays, un débat de société sur l'émancipation des femmes est lancé, mais tout ce mouvement profite finalement à l'industrie du tabac, ce qui était bien le but recherché. Encore plus grave : en 1951, raconte Normand Baillargeon dans sa préface, le président du Guatemala Jacobo Arbenz veut moderniser le pays et stopper la mainmise sur les terres de la United Fruit Company. Celle-ci embauche Bernays pour lancer une vaste campagne de désinformation qui aboutira, en 1954, à un coup d'État propulsant au pouvoir l'homme de la CIA, le général Castillo Armas. Rien n'est impossible, on le voit. On peut obliger les citoyens à utiliser tel savon et fabriquer des coups d'État. Il s'agit de mettre des sociologues, des sondeurs d'opinion sur le terrain. Ensuite, dégager une stratégie et se donner les moyens d'agir.

Quatre-vingt ans après la publication de *Propaganda*, deux livres de journalistes, aussi passionnants l'un que l'autre, nous permettent de juger sur pièces l'état actuel de la manipulation de l'opinion dans notre démocratie pays.

Viviane Mahler s'était fait remarquer en 2004 par une remarquable analyse : *Ados, comment on vous manipule* (Albin Michel). Elle y décortiquait les méthodes des marques pour s'emparer, de façon de plus en plus inéluctable, du porte-monnaie (et de l'esprit critique) des jeunes. Dans *Souriez, vous êtes ciblés*, elle montre comment la publicité travaille au corps et au cerveau un consommateur manipulé, incité, mis en fiches, broyé par



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir

des moyens subtils et détournés. Les leçons de Bernays sont toujours actuelles, constate-t-on en la lisant, car grâce au brouillage introduit par les nouvelles technologies, information et publicité se confondent mieux que jamais : quand l'internaute clique innocemment pour répondre à un sondage, son adresse n'est pas perdue pour tout le monde. Il lit parfois de faux blogs où de fausses clientes vantent tel produit. Les « people » qui l'amuse sont aussi achetés par des firmes dont ils font plus ou moins subtilement la « promo ».

Et ainsi de suite : ça s'appelle le « buzz » sur Internet, le marketing « viral », « communautaire », « sensoriel », « furtif » voire la « guérilla marketing », etc. Pour résumer : sous des formes de plus en plus élaborées, la publicité est non seulement omniprésente, mais de plus en plus intrusive.

Claude-Marie Vadrot nous montre lui aussi des procédures de plus en plus intrusives de ciblage, de contrôle du citoyen. Le chapitre où il raconte comment la Communauté Européenne s'est pliée à la volonté américaine d'obtenir des informations sur tous les passagers des compagnies aériennes européennes débarquant aux États-Unis fait froid dans le dos. Tout le livre, d'ailleurs, donne le vertige. Bientôt, il sera sans doute banal pour les humains comme pour les animaux domestiques de porter une puce contenant quantité de données, on pourra même débiter directement son

compte bancaire en passant un bras devant un appareil *ad hoc*, comme l'ont expérimenté les clients branchés de telle boîte de nuit, cobayes de systèmes promis à un grand avenir. Nos banques accumulent des données sur nous. Notre numéro de Sécurité sociale, identifiant capital, est de moins en moins confidentiel. La carte Vitale ne l'est pas non plus.

Ces avancées commerciales se font avec la complicité du citoyen-consommateur, comme le montrent fort bien ces deux livres. Il se plie à des contrôles que rien ne justifie, il a confiance dans les caméras de son pays, et la publicité trouve les moyens de se glisser toujours plus loin dans l'intimité du potentiel acheteur. « Comment manipuler l'opinion en démocratie », le sous-titre du livre d'Edward Bernays reste d'actualité. Lire ces trois livres ne peut qu'aider à développer un autre regard, une vigilance.

Dominique Louise Pélegrin

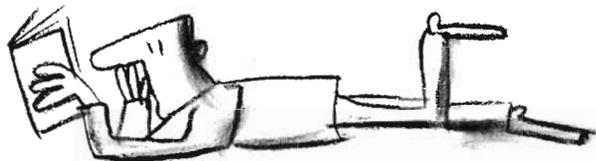
Les éditions La Découverte créent avec *Propaganda* et deux autres titres dont *Petite histoire de la voiture piégée*, du très original essayiste américain Mike Davis, une nouvelle collection consacrée à la contre-culture, aux diverses formes de contestation. La plupart des ouvrages publiés dans cette collection seront accessibles gratuitement en ligne.

— Emmanuel Leenhardt, *Ma Vie, Mon Œuvre. MAVI Mo9VR. Témoignage Ultra Sensible d'un Handicapé mental*, Ecrits intimes, Éditions Le Manuscrit

« De crises en hospitalisations, de délires mégalomaniaques en recherches d'une impossible logique, de passages à l'acte en créations musicales salvatrices, Emmanuel raconte de manière poignante sa souffrance et sa désespérance de trouver un langage commun, une possibilité de communiquer, une place dans la société. Outre que c'est bien écrit, c'est très fort, bouleversant, et cela renvoie chacun d'entre nous à son rapport à la différence et à la folie. »

C'est ainsi que Pierre, son oncle écrivain, parle de ce livre ; j'ajouterais seulement que ce livre m'a touchée et, en tant que soignante, tout particulièrement intéressée.

Marie Kayser



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Alain Brossat, *Le sacre de la démocratie, Tableau clinique d'une pandémie*, Ed. Anabet, 2007

Ce petit bouquin tonique et caustique, en neuf courts chapitres, prend à contre-pied les évidences politiques quotidiennement distillées. Alain Brossat, philosophe, y refuse et réfute ce qu'il appelle l'« absolutisme démocratique », ou la valeur absolue accordée, sans examen et sans contestation possible, au « démocratisme ».

L'ouvrage pourrait se lire comme un dictionnaire des idées reçues, qui les interroge une à une, avec une insistance fort dérangeante : comment se fait-il qu'on puisse dénoncer comme anti-démocratique un régime politique qui assassine les journalistes (la Chine), et pas un régime qui extermine les syndicalistes (la Colombie) ? Au nom de quel mythe les premiers sont-ils devenus « le corps sacré de la démocratie », alors qu'on sait bien de quelles manipulations, et de quelles logiques de pouvoir,

ils peuvent aussi être complices et vecteurs ?

Doit-on considérer comme démocratique d'admettre la candidature à l'élection présidentielle française d'un criminel de guerre de la période de décolonisation algérienne ? L'incantation du « droit à la vie » peut-elle s'accommoder de la libéralisation du secteur de la distribution de l'eau ? Est-il démocratique de considérer le port du voile comme indicateur d'une catégorie à risque ? Et l'homosexualité comme incompatible avec le don du sang ?

Est-ce un souci démocratique, ou un simple jeu d'intérêts économiques, qui prétend interdire la production du nucléaire à l'Iran ou à la Corée du Nord ? Et la notion d'un armement nucléaire démocratique peut-elle être autre chose qu'un oxymore ?

Brossat soulève ainsi une à une un certain nombre de « tables de la loi », de dogmes intangibles devenus « croyance imposée, religion dominante ou idole », pour les laisser retomber dans un drôle de fracas. Et montrer

Les mains dans les poches

— Anne Catherine Wagner, *Les classes sociales dans la mondialisation*, La Découverte Repères, 117 pages

Périmée, la vision d'une société organisée en classes sociales antagonistes ? Aux oubliettes, les analyses de Marx ? Pas du tout, explique la sociologue Anne Catherine Wagner, comme beaucoup d'autres sociologues. Au contraire, la mondialisation ravive les clivages entre catégories sociales, les plus riches s'enrichissant, les plus pauvres se précarisant. Les revenus du capital, rappelle l'auteur, ont fortement augmenté depuis 1980, tandis qu'entre 1981 et 2004, la part des salaires dans le revenu national baissait d'environ dix points en France. Les richesses mobilières tendent à se concentrer : 10 % des salariés, aux États-Unis, ont touché 86 % des gains boursier de la période 89-97. Et ainsi de suite.

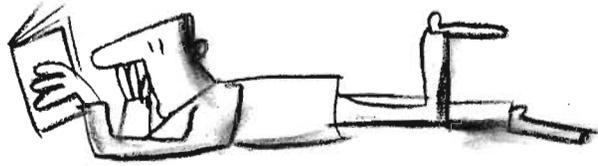
Reste qu'on ne sait pas bien penser les classes sociales au niveau mondial, et non État par État, pays par pays. Partout, une classe dominante vit avec aisance entre New York et Singapour au gré des opportunités.



Bénéficiaire de la mondialisation, elle s'en fait la propagandiste la plus zélée. Désavantagés par ces évolutions, les salariés « locaux » sont fragilisés, et leurs syndicats – dont les leaders ne peuvent pas forcément avoir cette vision mobile et cosmopolite – perdent du terrain. Pourtant, d'autres catégories sociales montrent des capacités de mobilité, créant parfois des entreprises et des moyens de subsistance à partir de rien : les migrants. Eux aussi parlent plusieurs langues et vivent entre plusieurs cultures, mais ça ne compte pas. « Alors que tout est fait pour encourager la mobilité internationale des cadres, l'immigration populaire doit être « maîtrisée » ; les élites se distinguent par leur cosmopolitisme,

quand c'est au contraire à l'aune de leur « intégration au pays d'accueil » que sont hiérarchisés les immigrés ; l'internationale du pouvoir serait porteuse de valeurs universelles, alors que les réseaux transnationaux de migrants sont suspects de « communautarisme ». Si ce petit livre a un mérite, c'est de faire ressortir, de façon soudaine et concrète, à quel point les regards sur cette dimension clé de notre époque, la mobilité, sont biaisés.

Dominique Louise Pélegrin



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

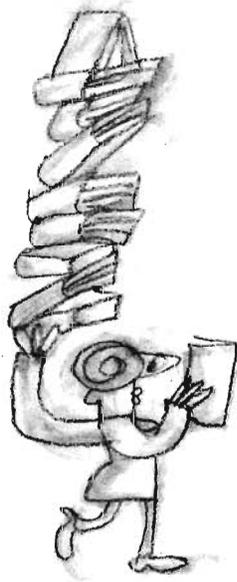
que ce « démocratisme » ininterrogeable est en réalité le contraire de ce qu'il prétend être : non pas une capacité d'interroger et de réfuter, mais un simple potentiel de soumission au milieu.

Si le démocratisme est en effet bel et bien notre milieu, sommes-nous comme des oiseaux ou des poissons, biologiquement définis par notre appartenance environnementale ? Ou sommes-nous capables d'affronter les contradictions démocratiques pour y déceler et en extirper les falsifications et les relents occultes d'arbitraire et d'autoritarisme ?

Christiane Vollaire

— Michael Moore, *Sicko*, 2007

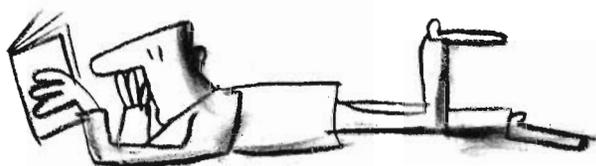
Evidemment, le titre est un clin d'œil de cinéphile au film *Psychose* de Hitchcock, à partir du mot « sick » (malade). Il signifie de ce fait le véritable système de fous dans lequel fait entrer le vécu de la maladie aux États-Unis. Ce film de Michael Moore, aussi riche en informations que percutant, est donc une véritable entreprise de salut public, car il montre tout simplement, par ce contre-modèle, à quelles horreurs peuvent tendre les logiques sanitaires du système libéral. La forme, très maîtrisée, en est à la fois documentaire et métaphorique. Documentaire, le film présente un certain nombre de cas cliniques : cet homme, à qui un accident du travail a sectionné deux doigts, et qui doit choisir celui qu'on va lui réparer, parce qu'il n'a pas les moyens de réparer les deux. Cette femme dont le mari, à qui on avait trouvé un donneur pour sa greffe rénale, mourra du refus de l'assureur de financer l'opération. Cette autre femme



dont la gosse, avec une fièvre à 40°C, mourra en quittant l'hôpital qui a refusé de lui faire les soins d'urgence.

Documentaire également, l'enquête menée sur un système d'assurances privées, dont la finalité explicite est le refus de soin. Pour les juristes, médecins et experts divers employés par le système, un « sinistre » est une obligation de prise en charge, qu'il faut à tout prix éviter. Ils sont donc payés pour trouver le moyen, toujours biaisé, de la refuser. Ce qui donne lieu à des situations proprement kafkaïennes : une jeune femme se verra réclamer le remboursement à l'assurance de la prise en charge de son cancer, parce qu'elle n'avait pas déclaré une mycose qu'elle avait eue dix ans plus tôt. Documentaire enfin, la présentation (au demeurant hilarante) des lobbies liés à la santé : assureurs et laboratoires s'étant assuré la complicité des pouvoirs politiques dans leur entreprise de privatisation du système de santé, en particulier depuis l'ère Nixon. Métaphorique, le bateau chargé de malades auxquels on a opposé un refus de soins (et dont certains sont les pompiers bénévoles victimes des attentats du 11 septembre), arrivant dans la baie de Guantanamo en demandant d'avoir eux aussi, comme les prisonniers, un médecin pour quatre patients (et l'on sait que la fonction des médecins ici n'est pas précisément de soin). Métaphorique, le clin d'œil aux représentations diabolisantes de Cuba, auxquelles on confronte la réalité d'un système de soins plus égalitaire que le système américain. Métaphorique, l'image finale qui montre Moore grimant les marches de la Maison Blanche, son panier de linge sale sous le bras, parce qu'il a appris qu'en France, l'État finançait des aides ménagères pour aider dans leurs tâches quotidiennes les jeunes mères accaparées par leur nouveau-né. Le film joue des registres du burlesque aussi bien que de ceux du tragique. Mais ce dont il est porteur, c'est d'abord d'une puissante colère, contre la réalité d'un système de santé à proprement parler criminel. Celui-là même qui sert de modèle, en France, aux réformateurs actuels.

Christiane Vollaire



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Julien Duval, *Le mythe du « trou de la Sécu »*, Ed. Raisons d'Agir, avril 2007.

« La Sécurité sociale n'est pas une entreprise capitaliste orientée vers la réalisation de profits » écrit l'auteur en guise d'introduction. Ce n'est pas un scoop, encore faut-il le rappeler dans un environnement mondialisé dominé par l'économie et la finance.

Julien Duval, chercheur au CNRS, après avoir rappelé l'histoire internationale des protections sociales (systèmes maladies et retraites), décrit le retour en force du néolibéralisme et la conversion française à ce système. Il montre comment cette orientation relève d'une logique profondément inégalitaire, à l'opposé des principes fondateurs de la Sécurité sociale solidaire, et s'interroge sur les raisons de cette évolution : déni ou légitimation des inégalités ? Il démonte un à un les lieux communs et les clichés actuels véhiculés par la pensée néolibérale qui tente de nous imposer sa propre vision du monde au détriment de la réalité.

Un exemple ? Nous devrions parler de « sous-financement » ou de « besoin de financement du régime général » au lieu de répéter « déficit » ou « trou (abyssal !) de la Sécurité sociale », termes désincarnés, propagande de la LQR¹ rabachée à longueur d'actualités. Ainsi, « le déficit n'est pas un phénomène purement structurel. Il a une assez forte dimension conjoncturelle. Certaines années, le trou cède la place à un excédent. Ce fut encore le cas au début des années 2000 », rappelle l'auteur.

Sur le plan politique, Julien Duval décrit les rapports de force en France entre syndicats et gouvernements. Il montre comment « la gauche au pouvoir s'est distinguée de la droite, mais pas sur les orientations politiques fondamentales ». Par exemple, en tournant le dos à une « politique de plein emploi » ou en créant le RMI en 1988² et la CMU en 2000³, la gauche a mis en place une

politique qui ne relève pas de la solidarité, mais qui tend à « institutionnaliser l'existence d'une population durablement dépendante des revenus d'assistance ». Julien Duval montre comment « ces innovations... matérialisent bien souvent des propositions popularisées par les théoriciens libéraux des années 1960 » et que parmi les syndicats français, la CFDT⁴ a rallié leur camp, tout en « prenant ses distances avec le marxisme ».

« Dans ce livre, la protection sociale n'est pas traitée de façon purement comptable, hors de tout contexte politique et social. Au contraire, son évolution est résolument mise en relation avec le développement de politiques favorisant une minorité économiquement privilégiée tout en engendrant une précarisation croissante de la plus grande partie de la population. Il s'agit de sortir de la vision commune qui, en se focalisant sur les déficits sociaux et le vieillissement de la population, occulte des enjeux beaucoup plus fondamentaux ».

Ce livre est donc un outil précieux pour qui veut comprendre (et défendre pendant qu'il en est encore temps) le système français de protection sociale solidaire. Nous le constatons au fil de la lecture, les raisons d'agir ne manquent pas. Pierre Bourdieu, parti trop tôt, mais qui nous lègue un immense héritage, est le fondateur de cette excellente collection au format de poche.

Patrick Dubreil

1. Eric Hazan, LQR *La propagande du quotidien*, mêmes éditions, février 2006. NB : « LQR pour Lingua Quintae Respublicae, langue de la V^e République, en hommage à Victor Klemperer, professeur juif chassé de l'Université de Dresde par les nazis, qui publie en 1947 un texte sous le titre LTI-carnets d'un philologue, où LTI sont les initiales de Lingua Tertii Imperii, la langue du III^e Reich ».
2. Revenu minimum d'insertion.
3. Couverture maladie universelle.
4. Confédération Française Démocratique du Travail.

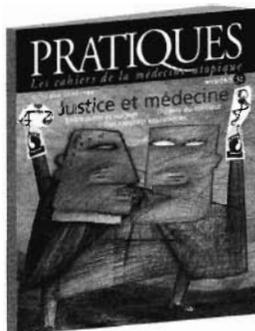


Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement

- | | | |
|---|--|--|
| N° 1 : La société du gène | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort | N° 19 : La vieillesse, une maladie ?
<i>(épuisé)</i> |
| N° 2 : La souffrance psychique
<i>(épuisé)</i> | N° 12 : L'information et le patient | N° 20 : La santé des femmes |
| N° 3 : Penser la violence | N° 13 : La médecine et l'argent | N° 21 : Le médicament, une marchandise
pas comme les autres |
| N° 4 : Santé et environnement | N° 14/15 : Profession infirmière
<i>(prix 16,80€)</i> | N° 22 : La santé, un enjeu public |
| N° 5 : La santé au travail | N° 16 : Les émotions dans le soin
<i>(épuisé)</i> | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu ! |
| N° 6 : Sexe et médecine | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu
<i>(épuisé)</i> | N° 24 : Le métier de médecin généraliste |
| N° 7 : La responsabilité du médecin | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ? | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre | | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine |
| N° 9 : L'hôpital en crise | | N° 27 : Faire autrement pour soigner |
| N° 10 : Folle psychiatrie | | |

Numéros à 14 €, sauf à partir du numéro 36 (prix nouvelle formule : 16 €) + 1,50 € de frais de traitement

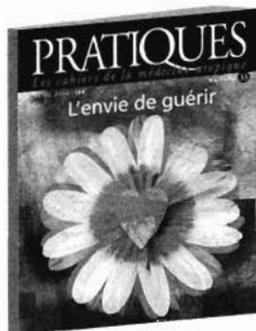
- | | |
|---|----------------------------------|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine | N° 30 : Les sens au cœur du soin |
| N° 29 : Réforme de la Sécu: guide pratique de la résistance | |



N° 31 : Justice et médecine 14 €



N° 32 : Le temps de la parole 14 €



N° 33 : L'envie de guérir 14 €



N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser 14 €

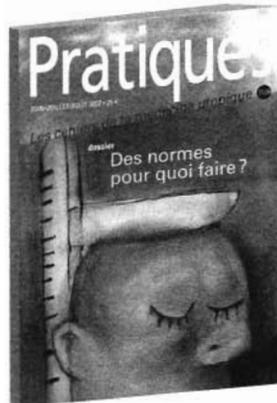


N° 35 : Espaces, mouvements et territoires du soin 14 €



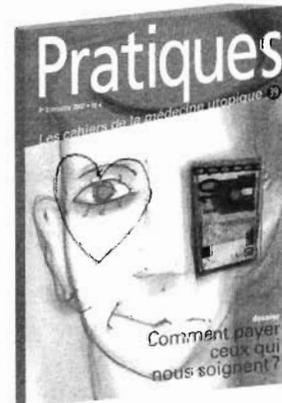
N° 36 : La place des sciences humaines dans le soin

Prix nouvelle formule : 16 €
(épuisé)



N° 37/38 : Des normes pour quoi faire ?

Prix : 25 €
(épuisé)



N° 39 : Comment payer ceux qui nous soignent ?
16 €

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

E-mail

Bulletin d'abonnement ou de parrainage

Oui, je m'abonne à *Pratiques* :

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

Oui, je parraine (j'indique mes coordonnées ci-dessous et celles de la personne que je parraine ci-dessus) :

Pour mon numéro offert, je choisis parmi ceux listés en page 95 (sauf numéros épuisés ou doubles) :

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

Je choisis la formule suivante :

- l'abonnement classique :
- 1 an (4 n°) : **55 €** au lieu de 64 €, soit plus de **14 % de réduction** par rapport à l'achat au numéro
 - 1 an à tarif réduit : **35 €** (étudiant, jeune installé de moins de 3 ans, demandeur d'emploi)
- l'abonnement de soutien 1 an : **110 €**

Je peux payer :

- par prélèvement automatique annuel, *reconduit automatiquement sauf résiliation de ma part par simple demande.*
Je joins mon autorisation de prélèvement et un RIB ou un RIP.
- par chèque
- En cas de nécessité, un étalement trimestriel des paiements est envisageable : consultez le secrétariat.
- J'ai bien noté qu'un reçu me sera adressé à réception de mon règlement.

Autorisation de prélèvements

<p>J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier les prélèvements pour mon abonnement à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Je pourrai suspendre à tout moment mon service à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p> <p>IMPORTANT : merci de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) à votre autorisation.</p>	<p>Revue <i>Pratiques</i> 52 rue Gallieni 92240 Malakoff</p>	<p>Numéro national d'émetteur N° 523734</p>												
	Titulaire du compte à débiter													
	<p>Nom, Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p>													
	Nom et adresse de votre agence bancaire													
<p>Nom, Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p>														
Désignation du compte à débiter														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Codes</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Clé</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Établissement</th> <th style="text-align: center;">Guichet</th> <th style="text-align: center;">Numéro de compte</th> <th style="text-align: center;">RIB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </tbody> </table>			Codes		Clé		Établissement	Guichet	Numéro de compte	RIB				
Codes		Clé												
Établissement	Guichet	Numéro de compte	RIB											

Soignants et travailleurs sociaux sont-ils devenus les brancardiers de la République ? Cette question traverse le numéro. La dégradation des conditions de vie et de travail retentit de plus en plus sur la santé des gens. Des professionnels du médical et du social décident de sortir du silence. Ils refusent d'obéir aux injonctions de l'État qui, du rationnement des aides et des soins à l'incitation à la délation, cherche à leur faire appliquer des politiques discriminantes.

Les auteurs de ce dossier, travailleurs sociaux, soignants, psychanalystes, philosophes, sociologues... proposent une analyse politique du double discours institutionnel. À partir de témoignages, professionnels et usagers montrent qu'ensemble, ils peuvent alerter, dénoncer et tenter d'influer sur le cours des choses.

Le magazine fait cette fois-ci la part belle aux notes de lecture. Pierre Volovitch éclaire méthodiquement les mesures capables de favoriser une installation judicieuse des soignants sur le territoire. Le coup de gueule de Bernard Senet dénonce les persécutions des caisses d'Assurance maladie envers les médecins généralistes. L'autorisation donnée par le Canada de fabriquer et d'exporter au Rwanda des médicaments anti-viraux dans leur forme générique est moins généreuse qu'il n'y paraît, nous explique Jacques Richaud. Dans une interview exclusive, Michèle Rivasi appelle à une deuxième étape, sociale, du Grenelle de l'environnement.

Dossier coordonné par Elisabeth Pénide et Patricia Gayard-Guégan.

Prochain numéro : Redonner le goût du collectif, numéro coordonné par Natalia Calderón, Evelyne Malaterre et Elisabeth Maurel-Arrighi



dossier

Les brancardiers de la République

Soignants et
travailleurs sociaux,
même combat !



Prix : 16 €

ISBN 978-2-9528838-1-8

ISSN 1161-3726

Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

Une revue pour comprendre et agir

Les lieux de soins sont parmi les rares espaces où les individus peuvent encore, aujourd'hui, porter plainte et tisser des liens. Ce sont aussi des lieux où notre société se met à nu et révèle l'ampleur de ses dysfonctionnements.

Depuis ses débuts en 1976, *Pratiques* essaie de repérer, décrypter, analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans le soin et la santé.

Jamais la médecine et son objet – la maladie – n'ont été autant au carrefour du social, du politique, de la philosophie, de l'anthropologie et même de l'art. Les colonnes de *Pratiques* sont ouvertes aux acteurs de la santé, aux professionnels des sciences humaines, aux associations d'usagers, les invitant à partager avec nos lecteurs des points de vue inédits, toujours fructueux. Cette dynamique permet à *Pratiques* d'occuper une place particulière dans le paysage des revues. Elle propose une réflexion à partir d'expériences croisées. Et l'objet de ces réflexions, le soin et la santé, concerne tous les citoyens de ce pays.

Certaines avancées techniques fulgurantes bouleversent le soin sans même avoir été pensées ou réfléchies par les soignants et les soignés qui les utilisent. *Pratiques* interroge cette médecine des organes et invite à une médecine du sujet.

Pratiques commente les décisions politiques en matière de soin et soutient celles qui allient le débat contradictoire public, l'indépendance d'expression et le souci de l'intérêt général.

Pratiques analyse les mécanismes qui conduisent aujourd'hui à des dysfonctionnements, montée du scientisme, de la bureaucratiation, de l'augmentation des inégalités sociales de santé.

Pratiques s'intéresse aussi aux industries pharmaceutiques et biomédicales qui trop souvent imposent leurs produits et machines selon la seule logique mercantile.

Alors que s'ouvre en 2007 un nouveau cycle pour la revue, nous pensons plus que jamais que :

- L'espace du soin est l'un des derniers lieux possibles de liberté et de subversion ;
- La fonction de soignant consiste d'abord à se poster en sentinelle à l'écoute du sujet et de la société souffrants ;
- Mieux comprendre ce que nous faisons ensemble, soignants et soignés permet de mieux agir sur le plan humain comme sur le plan scientifique.

Forte de ces convictions, la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* mène une réflexion critique ambitieuse, indépendante et constructive. ■

Pratiques n° 40 – 1^{er} trimestre 2008

Les brancardiers
de la République

Pratiques, les cahiers de la médecine utopique est édité par
Les éditions des cahiers de la médecine utopique

Directeur de la publication : **Patrice Muller**

Directrice de la rédaction : **Elisabeth Maurel-Arrighi**
Conseillère éditoriale : **Dominique Louise Pélegrin**

D O S S I E R

Rédactrices en chef : **Martine Lalande**
et **Anne Perraut Soliveres**

Comité de pilotage : **Patricia Gayard-Guégan**
et **Elisabeth Pénide**

M A G A Z I N E

Rédactrice en chef : **Martine Devries**

Rubrique *Actu* : **Marie Kayser, Elisabeth Pénide**

Rubrique *Santé environnementale* : **Geneviève Barbier**

Rubrique *Economie de la santé* : **Pierre Volovitch**

Rubrique *Big Pharma* : **Martine Devries**

Rubrique *Nous avons lu pour vous* : **Anne-Marie Pabois**
et **Dominique Louise Pélegrin**

Comité de lecture : **Geneviève Barbier ; Christian Bonnaud ; Jean-Luc Boussard ; Bernard Coadou ; Patrick Dubreil ; Françoise Ducos ; Monique Fontaine ; Yveline Frilay ; Jean-Louis Gross ; Christian Jouanolou ; Sylvie Lagabrielle ; Noëlle Lasne ; Evelyne Malaterre ; Didier Ménard ; Jacques Richaud ; Yolande Rousseau ; Sylvie Simon ; Cécile Supiot ; Christiane Voltaire**

Conception graphique : **Safia Ounouh, Eloi Valat**

Couverture : **Eloi Valat**

Dessins : **Hélène Maurel, Eloi Valat**

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744 rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just La Pendue

tél. 04 77 63 25 44

e-mail : pao@imp-chirat.fr

Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. 01 46 57 85 85 – fax 01 46 57 08 60

e-mail : revuepratiques@free.fr

<http://www.pratiques.fr>

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Secrétaire de rédaction : **Marie-Odile Herter**

Secrétariat, relations presse, diffusion : **Marie-Odile Herter**
et **Lola Martel**

Responsable de diffusion : **Patrice Muller**

Gestion : **Lucien Farhi, Jean Hauchecorne**
et **Jean-Claude Poulain**

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2008

Commission paritaire n° 0308G85786

ISSN 1161-3726 – ISBN 978-2-9528838-1-8