

Redonner le goût du collectif ? Nous ne l'avons jamais perdu à *Pratiques* !

Contrairement au patron de la société de réassurance SCOR et ancien idéologue du MEDEF qui résumait ainsi le programme du Gouvernement actuel : « ... défaire méthodiquement le programme du Conseil National de la Résistance ! [Lequel] est à l'évidence complètement dépassé, inefficace, daté ;[...] ».

Notre n° 41 en témoigne, le collectif se porte bien, la preuve :

Il se porte bien dans le soin, d'abord, avec le corps comme point de départ de la possibilité d'une rencontre où intime et collectif sont mêlés.

Il se porte bien à travers le monde, où naissent chaque jour des pratiques innovantes et collectives, telle la méthode Kangourou pour le traitement des prématurés.

Il se porte bien dans le social quand, comme en Afrique du Sud, après l'ancienne tragédie, la société entre en guérison grâce à l'« ubuntu », cette sagesse traditionnelle qui affirme que la primauté du lien fonde l'humanité.

L'Histoire elle-même vient à la rescousse pour rappeler le rôle des émotions collectives, pour que la recherche de justice l'emporte sur le compassionnel.

Gardons-nous pour autant de tout triomphalisme : la deuxième partie de ce dossier témoigne du combat quotidien que doivent soutenir médecins du travail ou généralistes, philosophes, juristes, économistes, simples militants, pour promouvoir les outils conceptuels nécessaires à la défense du collectif, pour mener leurs actions dans la vie de tous les jours.

La troisième partie souligne que l'innovation demeure de notre côté : l'excès même des contempteurs d'un égoïsme ravageur et du repli sur soi génère partout des initiatives collectives contraires : éducation, santé, logement, sont devenus des champs de bataille où se dressent chaque jour de nouveaux obstacles sur lesquels viennent trébucher, sans rien y comprendre, des idéologues aveuglés par leurs présupposés... !

Notre dossier ainsi traité, ce n'est pas, l'actualité qui nous démentira : oui, le danger est bien réel, même si le collectif se porte mieux que ne l'espéraient ses détracteurs. Les exemples abondent : loi sur la rétention de sûreté, double peine pour les ouvriers, conséquences des réformes de l'Assurance maladie, insuffisance des mesures prises pour l'enseignement de la médecine générale, démission face aux nécessités économiques d'une protection sociale digne de ce nom. Chaque jour apporte son lot d'agressions, que nous ne cesserons pas un seul instant de mettre en lumière.

Lecteurs, à vous d'apprécier, de peser, de vous engager !

L'équipe du comité de rédaction

11 Le collectif est mis à mal, on peut le réveiller, soignants et citoyens en font le pari.

1. L'intime, le corps et le collectif

13 Djamila

Autour des repas

Guillaume Lecarpentier

Le groupe Balint, un outil méconnu

Marie Binet

Groupe de pairs (et de mères)

14 Elisabeth Maurel-Arrighi

Un singulier colloque pluriel

Comment la rencontre du soignant et du soigné contribue au lien avec le collectif.

15 Arlette Farge

Se rebeller au lieu de compatir

Une historienne du XVIII^e rappelle la force collective de la rébellion et de la résistance.

20 Marion Stalens

Ubuntu, le secret de l'Afrique du Sud

La sagesse traditionnelle y affirme que c'est le lien qui fonde l'humain.

21 Thomas Mordant

Les Maisons Médicales belges, lieu de soins collectif

Des maisons où un travail collectif des soignants garantit un espace pour une autre médecine.

22 Simon Uzenat

Un toit pour retrouver le goût de soi

23 Anne Perraut Soliveres

Le travail de salle d'attente

Et si la salle d'attente, lieu d'échange, permettait de se passer du médecin ?

24 Jérôme Host

Case Santé, médecine communautaire

Un partage du pouvoir entre professionnels, et avec les usagers, pour qu'ils se réapproprient leur santé.

25 Anne Perraut Soliveres

Ce soir, je vais à la Moquette

Des conférences débats dans un lieu d'accueil pour ceux qui n'ont pas de toit.

26 Entretien avec Nathalie Charpak

Les bébés Kangourou, une expérience collective

Quand les parents soignent eux-mêmes leurs bébés prématurés.

2. Se battre ensemble

30 Evelyne Malaterre

Elle avait mal au travail

Catherine Kapusta-Palmer

Nous sommes vivantes et belles

31 Annie Touranchet

Santé et travail

Un médecin inspecteur du travail décrit le travail collectif fait pour sortir la santé au travail de son invisibilité.

33 Anne Perraut Soliveres

Sans carotte ni bâton

Une infirmière surveillante à l'hôpital dénonce l'effet déstabilisateur de l'évaluation individuelle.

34 Serge Regourd

Intérêt privé, État et collectif

Un professeur de droit dénonce les choix politiques visant à démanteler la notion de collectif.

36 Jean-Luc Boussard

Un pays raciste ?

Un médecin dénonce la dérive xénophobe de la société et la politique d'expulsion des étrangers malades.

38 Christiane Vollaire

Le désaffecté et le communautaire

Une philosophe évoque les dangers qui menacent aujourd'hui le collectif.

40 Jacques Richaud

Le collectif... à « rebrousse poil »

Un médecin s'interroge sur l'articulation entre l'action au sein d'une association et l'engagement politique.

42 Didier Ménard

Le collectif qui fait peur

Face aux tutelles, un médecin de banlieue défend l'importance de la survie du travail associatif avec des habitants-relais.

44 Martine Lalande

Les réseaux, pour quoi faire ?

Un médecin évoque l'évolution des réseaux où la lourdeur administrative semble être le prix de la reconnaissance.

45 Pierre Volovitch

Des malades bien silencieux

Un économiste évoque les raisons du peu de mobilisation des malades face à l'augmentation des dépenses de soins.

47 Philippe Lorrain

Collectif à intérêts privés

Face à la dérive individualiste prônée par les assurances, les clivages entre médecins s'accroissent.

3. Construire ensemble

- 49 Sonia Gomar
Antennes, non merci !
- 51 Natalia Calderón
Les fêtes les plus branchées de Paris
Martine Lalande
Slam Alikoum
- 52 Roger Lenglet
Face aux lobbies industriels, les alliances citoyennes
Un philosophe engage les associations à s'unir contre les lobbies dans le domaine de la santé.
- 57 André Cicollela
Protéger les lanceurs d'alerte
Les lanceurs d'alerte, citoyens et salariés d'entreprises qui menacent l'environnement, commencent à gagner des procès.
- 59 Pierre Chirac
Europe et Médicament, la force du Collectif
Un regroupement d'associations actif au niveau européen pour l'indépendance du médicament.
- 61 Elisabeth Pelegrin-Genel
L'aménagement de l'espace : pour ou contre le collectif ?
Une urbaniste analyse trois espaces ordinaires dans leurs dimensions collectives.
- 63 Nicole Civil-Ayats
Apprendre collectif à l'école
Des projets collectifs réalisés à l'école avec des enfants de six ans.
- 64 Anne Perraut Soliveres
Penser ensemble pour inventer
Une cadre infirmière fait de la recherche sur les pratiques avec d'autres professionnels à l'université.
- 66 Natalia Calderón
La mémoire sur le mur
Une étudiante en sciences politiques colombienne évoque le travail collectif d'éducation fait pour et par des enfants victimes des guerres.
- 67 Pierre Cordelier
Un réseau citoyen contre l'expulsion des enfants
Un réseau informel et efficace, autour de l'école, pour défendre les enfants qui risquent d'être expulsés.
- 70 **Des pistes pour agir ensemble**

4 COURRIER DES LECTEURS

7 Une conférence-débat à venir

IDÉES

8 Entretien avec Geneviève Delaisi de Parseval
Familles à tout prix ?

ACTU

73 Marie Kayser. **Recette gouvernementale pour saborder l'Assurance maladie**

74 Sylvie Lagabrielle. **Flexisécurité ?**

75 Rémy Senand et Marie Kayser. **Enseignement de la médecine générale : au milieu du gué**

76 Marie Kayser. **CMU : encore des contrôles**

Marie Kayser. **Les salariés de la filière viande malades de leur travail**

Marie Kayser. **La « double peine » des ouvriers**

77 Philippe Gasser. **Rétention de sûreté**

78 Jean-Luc Boussard. **Réflexions sur la rétention de sûreté**

78 Marie Kayser. **Plan Alzheimer : des lacunes pour la prévention**

79 Christian Jouanolou. **Hôpital : à flux tendu**

80 Martine Lalande. **Offensive contre l'avortement en Espagne**

COUP DE GUEULE

81 Jean-Pierre Lellouche
La grippe aviaire

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

82 Pierre Volovitch
Financement des hôpitaux et tarification à l'activité (T2A)

SANTÉ PUBLIQUE

87 Philippe de Chazourne
Prochick ? Chiche !

88 Daniel Tiran
Scolarisation des enfants handicapés

LE MÉDICAMENT

89 Nicolas Prothon
Dé prescrire

REVUE DES REVUES

91 Jean-Pierre Lellouche
Dents de sagesse
Surmortalité des enfants défavorisés

NOUS AVONS LU POUR VOUS

92 Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir, comme *L'Enfance muselée* ou *Les Nouveaux Blessés*.

Franchises

■ Je m'étonnais de constater sur mon relevé de remboursement de la CPAM que chaque analyse de sang mensuelle me coûtait 5 € alors que je pensais que chaque acte médical, biologique compris, ne pouvait donner lieu qu'à une retenue d'1 €. J'ai vérifié... et de tout ceci, il découle que, pour un patient dans mon genre souffrant d'une maladie chronique (transplanté cardiaque), il vaudrait mieux que la Sécurité sociale retienne en une seule fois les 100 € annuels, car chaque analyse mensuelle de sang me coûtant 5 € (deux laboratoires et plusieurs analyses spécifiques : Glycémie, Urée, Créatine, Acide urique, Cholestérol, Triglycérides, Gamma GT, TGO, TGP, CPK, et j'en passe), je dépense largement les 50 €, sans compter les 0,50 € par

boîte de médicaments (une vingtaine environ par mois), les 8 € (quatre pour aller et quatre pour revenir) chaque fois que je me rends à l'hôpital pour des examens de contrôle, et sans compter les visites de mon médecin traitant ni les petites indispositions en dehors de ma pathologie principale.

Il serait beaucoup plus simple, et moins coûteux pour la Sécurité sociale, d'opérer cette retenue en une seule fois annuellement, ce qui éviterait aux usagers de la santé de tenir une comptabilité spécifique, à longueur d'année, pour voir si par erreur, la CPAM ne dépassait pas ces 100 € maximum.

Qui a dit que la France était la championne des usines à gaz administratives ? ■

Paul Versée, retraité, transplanté cardiaque

À propos de l'article de Françoise Ducos dans le n° 40 « Les assistantes sociales d'autrefois »

■ (...) la fin : « J'ai peur que ce ne soit plus le cas aujourd'hui » me semble un peu dure pour les assistantes sociales d'aujourd'hui, qui je pense ont un travail plus difficile dans un contexte différent. La société a changé et est devenue plus dure qu'au sortir de la guerre. Aujourd'hui, il y a une non reconnaissance, pire un déni de la part des politiques néolibérales de l'existence même de ces métiers du social. Autrefois on parlait de « pauvres », d'« exploités », de « classe ouvrière », de « lutte de classes », de « peuple », de « La sociale ».

Aujourd'hui, les dés sont pipés. Les politiques parlent « d'exclus », de gens « modestes », de « défavorisés » en niant la responsabilité du pourquoi ils existent alors qu'avec « exploités », on savait que c'était à cause des patrons. Les AS d'hier avaient la reconnaissance du métier, aujourd'hui, qu'en est-il ?

Je connais aujourd'hui des AS épuisées et fières de leur action, qui s'occupent des sans-papiers et demandeurs d'asile. Elles luttent au quotidien sans grande reconnaissance... ■

Patrick Dubreil, médecin généraliste

■ Chère *Pratiques*,

Je ne suis pas très content.

Je n'ai pas encore fini le numéro 39 et tu arrives déjà avec le numéro 40.

Non, tu exagères.

(...) J'aurais mieux fait de dire non à Mimi, quand il m'a proposé de jeter un coup d'œil à cette revue que je ne connaissais pas. Parce qu'avec toi, maintenant, qu'est-ce que la médecine est compliquée !!! Avant, c'était trop simple : un symptôme, un interrogatoire, un examen clinique, je fais rentrer le tout dans un diagnostic que je connais et hop, le médicament. À cause de toi, je ne peux plus faire comme ça ! Je me pose des tas de questions, je doute, je dois prendre en compte la vie de mon patient, son travail, ses peurs, ses désirs, ses émotions, sa famille, sa situation sociale, ce qu'il dit mais aussi ce qu'il ne dit pas ! Et comme si ça ne suffisait pas d'une seule personne, je dois aussi être attentif à mes réactions, mon comportement, les mots que j'utilise, la relation qui s'établit entre nous deux.

Dans tes pages, il est question de philosophie, d'économie, de sociologie, de psychologie, d'anthropologie, de théâtre, de santé publique, de litté-

rature ; elles sont où les « conduites à tenir devant une douleur abdominale », « prise en charge d'un patient asthmatique », « arthrose et son traitement » ? Ils sont où les arbres décisionnels ? Tu sais, j'ai eu une formation quasi exclusivement scientifique, alors je suis paumé avec toutes ces sciences humaines...

Paumé mais... en même temps, qu'est-ce que c'est enrichissant !!! J'y trouve un pan immense de la médecine passé sous silence pendant mes études, mais ô combien essentiel, j'y trouve une éthique, j'y trouve des valeurs, j'y trouve des références pour aller plus loin, des portes ouvertes vers d'autres lectures, j'y rencontre des hommes et des femmes engagés, j'y trouve du sens pour mon métier. Alors j'ai pensé à Erwan : un allaitement *Pratiques* dès le début de ses études fera de lui un médecin complet ; à Anna, *Pratiques* fera le lien entre son métier d'actrice et celui, tout récent, d'infirmière ; à Fabien, mon pote de promo passionné d'histoire, il y trouvera de quoi alimenter sa curiosité insatiable ; à Stephen, rencontré lors d'un séminaire Balint...

Et Mimi ? Je me suis vengé, je l'ai abonné pour un an de *Pratiques* ! ■

Laurent Huillard, médecin généraliste

À propos de l'article de Bernard Senet dans le n° 36 « Vieillir, comme on peut ou comme on veut »

« Vieillir, comme on peut ou comme on veut » (article de Bernard Senet, *Pratiques* n° 36) ne peut que faire réagir le professionnel de la gérontologie que je suis, comme il a dû faire réagir les personnes ayant contribué, il y a quelques années, au numéro de *Pratiques* consacré, de manière nuancée, à ce sujet (*Pratiques* n° 19).

L'auteur de l'article assène sur la vieillesse et le vieillissement un certain nombre de certitudes qui (...) constituent de pures idées reçues. (...)

Permettez-moi d'en souligner quelques unes :

L'équivalence entre « quatrième âge » et « âge de la dépendance » : (...) Quelques chiffres : les personnes « classées » en GIR 1 à 3, qui témoignent en effet de situation « de dépendance » représentent : 8,83 % des plus de 75 ans et 21 % des plus de 85 ans. Je ne crois pas que 21 % permettent de dire que la vieillesse, même au-delà de 85 ans, est l'âge de la dépendance.

« Le vieillissement apparaît comme une "maladie" normale » : les guillemets employés par l'auteur ne changent rien à l'énormité proférée. Non, aujourd'hui les professionnels comme la majorité des Français, lorsqu'ils sont interrogés, ne considèrent pas le vieillissement comme une maladie, mais comme un processus, celui qui fait que nous grandissons, vieillissons, bref vivons dans le temps. (...)

En ce qui concerne l'autonomie psychique, on reste capable de décider de ce que l'on souhaite quel que soit l'âge (l'autonomie est mise à mal, en revanche, dans les syndromes démentiels) (...)

Un certain nombre de capacités intellectuelles (réflexion, raisonnement, imagination, faculté de raconter, sensibilité émotionnelle, esthétique, etc.) ne diminuent pas en vieillissant : certaines d'entre elles sont en revanche sensibles à la fatigue, au manque de sommeil, à la dépression, à la malnutrition (autant de situations malheureusement courantes dans la vieillesse – d'autant plus courantes qu'elles sont diagnostiquées)...

Plusieurs études ont montré que les vieux, comme les jeunes, étaient capables de s'adapter (et ils le font beaucoup dans la vieillesse, s'adapter, aux changements de place dans la famille, aux décès, aux maladies, etc.) pour autant qu'ils ont des environnements adaptés (en termes d'accessibilité par exemple) et des proches qui ne les enferment pas dans la caricature du « vieillard rigide et rétrograde ». (...)

Bref, vous comprenez ma tristesse à voir *Pratiques*, que j'apprécie tant, laisser ainsi passer un texte qui va à l'encontre de tous les efforts que nous sommes nombreux à mener, gérontologues et citoyens, pour que cessent les visions caricaturales du vieillissement et de la vieillesse, et pour que les vieilles personnes soient toujours respectées comme des citoyens à part entière, simplement plus souvent que d'autres confrontés à des situations de maladie, de handicap et de vulnérabilité. —

Jérôme Pélissier,
écrivain, chercheur en psycho-gérontologie

L'article « la consultation de 19 heures » de Didier Ménard, publié dans le n° 40, a fait l'objet d'un débat au sein du comité de rédaction. Nous vous le livrons ici :

(...) Le médecin a sacrifié sa sortie au théâtre et il a fait de la bonne médecine. Supposons que dans un cas différent, il ait pris le risque de n'être pas un médecin exemplaire et supposons que du fait de sa défection (il serait allé au théâtre au lieu de se tenir dans une position de totale disponibilité), il ait raté un diagnostic, il ait laissé s'aggraver une situation et que à la limite, il y ait eu mort du malade. Dans ces conditions, oserait-il le raconter ? Et s'il osait le raconter, comment son témoignage serait-il accueilli par ses collègues ?

(...) je voudrais attirer l'attention sur le fait que, par des processus complexes et largement inconscients, nous nous condamnons (mais c'est une douce condamnation) à privilégier et donc à écrire et à lire davantage des histoires qui finissent bien et des médecins qui font bien leur travail. —

Jean-Pierre Lellouche

(...) Cette réflexion mérite d'être entendue, pas seulement à propos de ce texte, mais de bien d'autres qui sont des « visages » de notre pratique pouvant parfois ressembler à des miroirs au fond assez flatteurs...

Le théâtre, on le vit tous les jours et la pièce est changeante avec un scénario difficile, lorsque le rideau tombe le soir, nous n'avons pas de « rappels », mais pensons à notre « public » sans doute plus que n'y pensent les acteurs professionnels... Un soir, Didier a reçu une dame dans sa loge et c'est très bien... —

Jacques Richaud

Pratiques

sur la toile

Chers amis de Pratiques,

Grâce à vous, votre intérêt pour les sujets que nous traitons, vos messages, vos souscriptions, vos parrainages, vos actions de diffusion, notre revue est sur le chemin de l'équilibre. Elle peut espérer maintenant peser sur le débat crucial qui doit décider de l'avenir de notre système de santé.

N'en restons pas là ! Notre site web a participé, à sa manière, à ce redressement. Il doit à présent acquérir la notoriété indispensable pour se positionner comme une des rampes de lancement des initiatives, rassemblant l'ensemble des causes pour lesquelles nous tous combattons :

- l'accès à la santé pour tous
 - le refus de la délation
 - le droit à mourir dans la dignité
- et tant d'autres encore.

Ce processus est en marche. Nos lecteurs ne s'y trompent pas :

- « Je découvre le site. Bravo. Vraiment stimulant et surtout solide. J'aime ! »
- « Je lis avec intérêt et passion *Pratiques*. Continuez ! L'UTOPIE sera un jour au pouvoir. Accélérez vos analyses sur notre système obsolète et ne faites pas comme tous ceux qui confondent les soins et la santé. »

Cette reconnaissance tient aux efforts consentis, pour donner à notre site lisibilité et interactivité. Plus complet, ancré dans l'actualité, rien n'a été négligé, lisez l'Édito, les billets d'humeur, les écrits de nos sympathisants, consultez notre choix d'articles.

Abonnez-vous, achetez des numéros et même, procurez-vous les numéros épuisés en format pdf.

Faites largement connaître ce site autour de vous : envoyez son lien hypertexte par courriel, à vos listes de diffusion, suggérez-nous vos améliorations.

Merci d'avance,

L'équipe de *Pratiques*

www.pratiques.fr

Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

52 rue Gallieni, 92240 Malakoff

Tél. 01 46 57 85 85

Fax 01 46 57 08 60

revuepratiques@free.fr

www.pratiques.fr



Chère Amie, cher Ami,

À l'occasion de la sortie de son numéro 41 : **Redonner le goût du collectif**, la revue *Pratiques*, les cahiers de la médecine utopique vous invite à une

Conférence-débat

le samedi 24 mai 2008 de 14 h à 17 h

Amphi de la CMME à l'Hôpital Saint-Anne,
100, rue de la Santé, 75014 Paris – Métro Glacière

avec Roger Lenglet*, philosophe

Face aux lobbies, quelles alliances citoyennes ?

Analyser l'action menée par les lobbies au détriment de la santé, identifier les actions transversales, à imaginer par les associations, pour alerter média et citoyens. Face à « l'intelligence économique » des lobbies, aider à susciter « l'intelligence éthique » des associations.

La conférence débat sera suivie d'un Comité de Rédaction de la revue *Pratiques*, auquel vous êtes conviés.

Nous espérons que vous pourrez nous rejoindre et vous remercions de diffuser cette information dans vos réseaux.

L'équipe de rédaction

* Roger Lenglet a particulièrement travaillé dans le domaine de l'action publique et de la santé et est l'auteur de nombreux ouvrages :

Profession Corrupteur – La France de la corruption, Editions Jean-Claude Gawsewitch, 2007.

L'eau des multinationales – Les vérités inavouables, (avec J.-L. Touly), Fayard, 2006.

Silence, on intoxique – Face aux lobbies, la longue bataille pour sauver notre santé (avec A. Aschieri), La Découverte 2005

L'industrie du mensonge – Lobbying, communication, publicité (avec J. Stauber et S. Rampton), Agone 2004

Des lobbies contre la santé (avec B. Topuz), Syros-Mutualité Française, 1998.

Lobbying et santé, Éditions Pascal-Mutualité Française, à paraître en 2008.

Familles à tout prix ?

Entretien avec Geneviève Delaisi de Parseval

Des sociétés (riches) où l'infertilité augmente. Des médecins qui proposent des solutions techniques. La Sécu qui rembourse. Une fragmentation : le père, la mère, peuvent être plusieurs personnes. Analyse de Geneviève Delaisi de Parseval, psychanalyste.

Geneviève Delaisi de Parseval a un site : <http://genevieve.delaisi.free.fr/>
Elle a publié notamment : *L'art d'accueillir les bébés* (Ed. du Seuil, 1979, en poche) ; *La part du père* (Seuil 1981, en poche) ; *Enfant de personne* (Odile Jacob, 1994) ; *La part de la mère* (Odile Jacob, 1997) et un essai d'une forme très originale, *Roman familial* (Odile Jacob, 2002).

Accompagner les couples faisant une expérience d'assistance médicale à la procréation médicalement assistée pendant plus de vingt ans, réfléchir sur la famille, l'évolution de la parentalité, de la vision de l'enfant à travers une clinique, telle a été la chance et le travail de Geneviève Delaisi de Parseval. Au fil de ses publications, elle a élaboré une réflexion sur les évolutions de la société, à travers le devenir du père et de la mère dans des configurations radicalement nouvelles. À l'hôpital, en cabinet, elle reçoit des couples, mais aujourd'hui aussi des enfants issus de ces procréations médicalement assistées (AMP), désormais arrivés à l'âge adulte.

Le livre qu'elle publie aujourd'hui, *Famille à tout prix* (Seuil) se veut une sorte de bilan. Le temps où le père était le mari de la mère et la mère celle qui accouche est révolu, les parents d'un enfant peuvent être plusieurs, il faut penser la « pluriparentalité », comme d'autres sociétés l'ont fait. La conception est de plus en plus médicalisée, il est temps de demander vraiment ce qui passe et se passe à travers des « dons » de sperme, d'ovocyte ou une grossesse menée pour autrui. En France, un système très strict sème parfois le désarroi et amène certains couples à entreprendre des

démarches dans d'autres pays européens ou non. Ce livre invite donc à la distance, à la réflexion, jusqu'à une série de propositions, notamment autour de la question de l'anonymat des dons.

Pratiques : Que nous disent les procréations médicalement assistées sur l'état de la société ?

Geneviève Delaisi de Parseval : Il y a un grand problème d'infertilité, en France, comme d'ailleurs dans toute l'Europe. Un couple sur quatre peut rencontrer des difficultés de procréation dans son parcours... On attend couramment trois

ou quatre ans avant d'avoir l'enfant que l'on souhaite.

On ne meurt pas d'infertilité. Il y a une pression sociale, mais on peut vivre sans enfants. Dans notre société riche quelque peu décadente, cela semble impossible : l'infertilité est vécue non seulement comme très injuste, mais comme une maladie. En découle une revendication d'avoir accès à la médecine, avec une obligation de résultat.

Cette soif d'avoir un enfant à tout prix dit la valeur qu'a pris celui-ci dans notre société. Avoir un enfant symbolise une forme de réussite sociale, une expérience identitaire. Au temps de sa gloire, dans ses interviewes, Jean-Marie Messier ajoutait toujours : « ...et j'ai six enfants ».

Mais ce que vous montrez, c'est que même au bout d'années de « progrès », d'expérience, cette procréation médicalisée a un taux d'échec énorme !

Le taux d'échec est de 80 %... Mais il y a des « fivistes » obsédés. Au bout de quatre tentatives, ils savent que ça ne marche pas, que ça ne va pas marcher, mais ils continuent d'autant que l'acharnement, parfois désespéré, des patients fait aussi pression... Les obstétriciens spécialistes des AMP se vivent comme des techniciens, ils regardent les chiffres, les taux. C'est un monde où il n'y a guère d'écoute. Un ou deux centres ont des pys, mais les gens sont débordés. Quant aux patients, c'est monsieur et madame tout le monde. Ils sont dans un tunnel. Si quelque chose ne marche pas, ils essayent autre chose – certains sont pris dans des programmes depuis quatre ou cinq ans, ils n'ont jamais déboursé un centime et ignorent le coût supporté par la société pour arriver à satisfaire leur désir d'enfant.

En 1976, lorsque le 1^{er} CECOS a commencé à fonctionner, ce qui était sidérant, c'est que le modèle a été le modèle vétérinaire : depuis longtemps déjà on inséminait les vaches. Fixer un prix aux inséminations, c'était reproduire le modèle vétérinaire... Dès le début, les paillettes de sperme étaient considérées comme un traitement, remboursées comme un médicament.

En France, et c'est une bonne chose, on demande à ces « donneurs » d'être des pères, mais cette vision centrée sur les paillettes de sperme efface

« Il est temps de se demander vraiment ce qui se passe à travers les "dons" de sperme ou d'ovocyte. »

l'homme qui est derrière. Tout le monde s'en fiche. Il disparaît derrière le « produit ». Tout cela a créé un système sur lequel on ne s'interroge pas assez. Il n'y a ni réflexion, ni remise en question de notre mode de vie.

Traiter l'infertilité comme une maladie est un choix qui place la culpabilité sur la société. De fait, le sperme des hommes occidentaux s'est considérablement appauvri depuis cinquante ans. On ne réfléchit pas sur les causes de l'infertilité, la sédentarité, le mode de vie, on ne peut pas dire : c'est parce que vous avez conduit un bus ou un camion que vous êtes infertile – puisque certaines professions sont particulièrement exposées. On voit également de plus en plus de femmes jeunes dont la fonction ovocytaire est altérée pour des raisons inconnues.

À plusieurs reprises, vous attirez l'attention sur le fait que dans le monde de la procréation médicale assistée, l'argent coule à flots. Il n'y a donc aucune raison de se remettre en questions...

En France, les traitements de l'infertilité placent les couples dans un monde virtuel. Le parcours – car c'est un véritable parcours, très lourd, très contraignant – commence par les consultations, puis souvent viennent les traitements. La Sécurité sociale prend en charge quatre FIV (fécondations in vitro), six si les médecins rusent un peu pour aider leurs patients. Il y a, c'est un fait, une

masse d'argent autour de la procréation médicalement assistée. Dans les congrès, le champagne coule, les laboratoires s'enrichissent avec tous ces traitements. Avoir recours à l'AMP, c'est un parcours terriblement difficile. Cela aurait dû s'arranger depuis vingt ans. Mais non, cela reste très difficile. On commence même plus tôt les traitements, et ceux-ci, pour les femmes, sont très lourds. On y va : il y a une double pression, médicale et sociale. Les patients s'embarquent dans un circuit et ne lâchent pas, obsédés par leur désir d'arriver à avoir un enfant. Une fois embarqués dans le circuit, les coûts peuvent flamber. Ça coûte de 3 000 à 30 000 €. Il n'y a pas que des milliardaires qui se lancent dans ces parcours !

En Grèce, comme partout en Europe, les couples rencontrent les mêmes problèmes d'infertilité, mais les traitements ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale. Quand un couple a besoin d'aide, tout son entourage cotise. On en parle. Il arrive qu'une mère porte un enfant pour sa fille, ça paraît une solution acceptable.

En France, il est interdit de vendre des « produits » humains, mais donner des ovocytes est quelque .../...

« Le taux d'échec est de 80 %... Mais il y a des "fivistes" obsédés. Qui se vivent comme des techniciens. C'est un monde où il n'y a guère d'écoute. »

Dominique Mehl, *Enfants du don – Procréation médicalement assistée : parents et enfants témoignent*, Robert Laffont, 2008

Sociologue, Dominique Mehl verse au débat des éléments rarement explorés jusqu'à présent : des témoignages approfondis de parents ayant eu recours aux AMP, et d'enfants issus de ces AMP. Bref, ce livre est l'occasion de rentrer dans un débat complexe, souvent douloureux à travers des parcours individuels très divers : il s'agit d'hommes et de femmes affrontant leur non fécondité, obligés d'élaborer leur représentation d'un enfant qui est celui de leur conjoint, génétiquement, mais pas le leur. Témoignent ici des homosexuelles cherchant à élaborer une parentalité réfléchie selon d'autres normes, des parents sont confrontés au système marchand en vigueur aux Etats-Unis, etc. Les interviewees approfondies montrent les capacités de réflexion, d'imagination des individus, et les difficultés auxquelles ils se heurtent. Ainsi, faire don d'un ovocyte à une sœur, une amie peut se révéler parfois plus compliqué que faire ce don à une inconnue, comme l'exprime Corinne, 38 ans... La loi sur la bioéthique de 1994, en France, est très rigide, elle s'appuie sur le principe de gratuité des dons et interdit la pratique des mères porteuses, ainsi que l'accès à la procréation médicale assistée aux célibataires et aux homosexuels. Les personnages qui se racontent ici aident, justement, à mieux voir ce qui s'élabore, ce qui se vit dans la réalité des parcours individuels.

DLP

.../...

chose de lourd, donc les « donneuses » sont rares... Vous montrez un marché en émergence : Barcelone est la capitale européenne du don d'ovocyte, des jeunes fille israéliennes se rendent aux États-Unis en voyage organisé pour « offrir » des ovocytes à des couples juifs, des jeunes femmes américaines vendent leurs ovocytes dans les pays arabes, etc.

De fait, il y a tout un « tourisme procréatif ». Les gens vont là où on peut avoir accès à des dons d'ovocytes : en Espagne, par exemple, où le don est rémunéré (environ 1 000 €). Les donneuses viennent d'Ukraine. Certaines mères porteuses aussi.

Vous montrez un éclatement de fait de la famille, de la parentalité, une nécessité de tout revoir. Vous dites : il faut penser la « pluriparentalité ». Qu'est-ce que cela veut dire ?

L'AMP, change tous les repères. Une mère, ça peut être trois personnes, un père, deux seulement (le père et le géniteur). On se trouve devant une paternité et une maternité très compliquées, fragmentées, multiples. Dans les sociétés traditionnelles, comme l'a étudié Suzanne Lallemand¹, une circulation des enfants était organisée et codifiée. Dans le cadre de l'AMP ce qui circule, ce sont des gamètes. Désormais, être parent fait partie de l'identité des individus, pas des couples : l'un peut être génétiquement parent, tandis que son conjoint ne l'est pas. Il faut arriver à mentaliser ce qui se passe ? Le

« Une mère, ça peut être trois personnes, un père, deux seulement (le père et le géniteur). On se trouve devant une paternité et une maternité très compliquées, fragmentées, multiples. »

père peut être deux personnes, le donneur de sperme et le père légal. La mère, longtemps celle qui accouchait, peut être trois personnes : une « donneuse » d'ovocytes, une femme menant à bien la grossesse et l'accouchement, l'enfant ainsi obtenu étant remis à une troisième personne, la mère d'intention. Autour d'un enfant, il peut y avoir deux donneurs de gamètes, une troisième personne qui porte l'enfant, et un couple de parents légaux... C'est l'ébauche d'une « pluriparentalité ». Quand on aura levé l'anonymat, on la verra plus clairement

Vous prenez fermement position pour la levée de l'anonymat des donneurs de gamètes.

La loi française repose sur l'idée que si l'infertilité peut être cachée, elle n'existe plus. L'option prise par le droit français est de faire comme s'il ne s'était rien passé. C'est le règne du déni... On rattache tout simplement les enfants nés par AMP à la filiation « naturelle », on efface le rôle des donneurs de gamètes qui est censé n'avoir aucune importance ! Le don de gamètes est censé être peu important. On néglige ainsi le risque pour un enfant né dans ces conditions de rencontrer à l'âge adulte, à son insu, des frères et sœurs de conception, faisant fi d'un tabou fondamental, celui de l'inceste. ■

Propos recueillis par **Dominique Louise Pélegrin**

1. Suzanne Lallemand, *La Circulation des enfants en société traditionnelle, prêt, don, échange*, L'Harmattan 1993

Redonner le goût du collectif

C'est sur un sentiment d'urgence que nous est venue l'idée de ce numéro « Redonner le goût du collectif ». Comment faire quand aujourd'hui, le collectif est mis à mal, appelé par les médias à célébrer la loi du plus fort et de l'individualisme, tout cela sur fond de désengagement de l'Etat, de mondialisation et de financiarisation du monde ? Quelles seraient les conditions qui feraient que le collectif laisse la place à chacun et à tous, en intégrant à la fois l'intime, la singularité de chacun, et l'intérêt général ?

Ce qui nous est apparu, c'est la place centrale du corps comme point de départ de la possibilité d'une rencontre. Bien sûr, dans le soin, où des soignants déploient ce qui fait le paradoxe du soin, où intime et collectif sont mêlés, depuis les consultations « ordinaires » jusqu'aux lieux innovants. Dans le social et aussi ailleurs, une historienne spécialiste des savoirs populaires rappelle comment la puissance des émotions peut créer des événements, et comment est dévoyée la compassion qui fait oublier la notion de justice, une cinéaste qui a travaillé en Afrique du Sud évoque des aspects méconnus de la sagesse traditionnelle où l'humain est fondé sur le lien.

Puis le numéro donne la parole à ceux qui rassemblent pour se défendre dans le concret de leurs conditions de vie et dans l'accès aux soins. Médecin du travail, médecin travaillant auprès de personnes sans-papiers, philosophe, juriste, militants croisent leur regards pour évoquer les batailles en cours face aux mesures gouvernementales et face à l'inertie d'une grande partie de la population. De même, autour de l'accès aux soins, un économiste et un médecin évoquent les freins qui rendent difficiles les mobilisations pour défendre l'élément rassembleur de la protection sociale.

Et pourtant surgissent d'autres formes d'action collective. Pour certains dans le souvenir de l'époque bienheureuse de Mai 68 où tout paraissait possible, pour d'autres plus jeunes dans l'ancrage du quotidien : des mouvements différents se constituent à partir de questions très concrètes, la présence d'antenne à côté de l'école de leur enfant, des camarades d'école menacés d'expulsion, les difficultés de trouver un logement, etc. Il s'agit d'identifier les rapports de force entre les moyens que mettent en œuvre les lobbies industriels et les alliances que peuvent construire les citoyens. Comment développer l'expertise des citoyens et construire des alliances ?

C'est ce à quoi ce numéro invite professionnels et citoyens afin de contribuer aussi à changer la vie. ■

DOSSIER

L'intime, le corps et le collectif

Et si face à l'individualisme de la société, et la perte apparente de la notion de collectif, c'était la prise en considération du corps lui-même qui pouvait nous aider à retrouver cette dimension ?
Peut-on imaginer de séparer intime et collectif ?

Souffrances et bonheurs se disent le plus souvent par le corps, à condition qu'il y ait écoute et rencontre, dans le soin ou ailleurs naturellement. Depuis la lecture attentive d'archives du XVIII^e siècle, la découverte de la notion africaine de l'*ubuntu*, l'accueil de demandes de soins en consultation, l'invention de nouveaux liens tissés par exemple autour des enfants prématurés dans la méthode Kangourou, ou autour de certaines salles d'attente jusqu'aux lieux de rencontre entre soignants eux-mêmes...

Les auteurs témoignent que nous sommes avant tout des êtres d'affects et de parole, et nous invitent à prendre appui sur la force de cette tension entre individu et collectif. —

Autour des repas

■ **Djamila**, Association Communautaire Santé Bien-Être

Le groupe du repas « bien être ensemble » est composé d'une cinquantaine de femmes, mais vu le manque de place, je ne peux inviter que vingt-cinq femmes. Chacune leur tour, les femmes se proposent pour mijoter une spécialité de leur pays d'origine. C'est un moment spécial où la cuisinière de la journée est reine. La préparation est conviviale, le repas permet aux femmes de se connaître et de pouvoir s'exprimer sans réserve ni tabou. La nourriture est un terrain fertile qui favorise le lien social et les échanges. Après le repas, nous nous mettons en cercle pour que la parole circule. Les débats portent sur l'éducation à la santé, le bien-être, la prévention... Maintenant, les femmes proposent elles-mêmes des thèmes sur la santé. Elles sont à l'aise tant dans leurs questions que dans les échanges sur leurs différentes pratiques en rapport avec la santé ou la parentalité. Cette activité est riche en ressources humaines et en transmission d'informations. La rencontre entre les professionnels de la santé et les habitants du quartier dédramatise le rapport qu'ont certaines femmes avec leur santé, dont elles se sentent enfin actrices, et actives. —

Le Groupe Balint, un outil méconnu

■ **Guillaume Lecarpentier**, médecin généraliste

Nous bavardons assis en cercle dans une salle de la faculté, puis chacun des huit participants présents ce soir-là devient silencieux. La question rituelle : « Qui a un cas ? » signifie le début du groupe.

C'est mon tour. Je prends la parole pour une absente, car la jeune fille de dix-huit ans, que j'avais vue deux semaines auparavant pour une entorse du poignet, n'a pas honoré le second rendez-vous. Il n'y a apparemment pas de quoi s'alarmer, sauf qu'à l'examen du poignet, j'avais découvert des scarifications et qu'au cours d'un long entretien, nous avions pu parler de ses idées suicidaires.

Les membres du groupe sentent alors mon embarras et me questionnent en me faisant part de leur expérience. Ces questionnements bienveillants finissent par me faire repérer quelque chose d'étrange dans mon histoire. La première consultation s'était bien passée, puisqu'elle m'avait semblé apaisée et que j'écartais tout danger à court terme. Cependant, je parlais de la situation comme si le danger était imminent. Ce décalage me fit associer avec une autre situation survenue deux ans auparavant. Je m'étais beaucoup investi auprès d'un adolescent hospitalisé deux semaines en pédiatrie suite à une tentative de suicide. L'évocation de cette histoire m'a permis d'élaborer certaines difficultés et de me rendre à nouveau disponible pour l'accompagnement de cette patiente.

De nombreuses histoires nous hantent à notre insu et font obstacle au travail. Le groupe Balint m'a permis de rendre visible cette histoire. Peut-être pourrait-il servir à d'autres... —

Un groupe de pairs (et de mères)

■ **Marie Binet**, médecin généraliste

Ce que j'aime bien dans le groupe de pairs que je fréquente, c'est que c'est une manière de continuer à se former agréable et moins contraignante que beaucoup d'autres lieux de Formation Médicale Continue. On se voit une fois par mois, et on amène chacune un dossier tiré au sort. C'est une méthode qui permet de rester dans la banalité de la consultation. On confronte nos pratiques à la fois entre nous et avec les référentiels. On compare les questions qu'on se pose à celles que les autres se posent. Cela fonctionne, à cause de la convivialité du groupe et de l'assurance que personne ne juge personne. Quand on n'est pas d'accord, on se remet à chercher. On a même choisi une forme souple, et tant pis si cela ne répond pas aux critères de validation des tutelles.

Il se trouve que nous ne sommes le plus souvent que des femmes, un groupe de huit généralistes avec souvent plus de vingt ans d'expériences derrière elles, et trois jeunes, toutes mères de famille de jeunes enfants qui viennent de s'installer. Ils ne savent pas ce qu'ils perdent, nos collègues hommes à ne pas venir, car ce groupe est très dynamisant pour notre pratique. À bientôt de vous accueillir davantage, les garçons ! —

Un singulier colloque pluriel

Une généraliste témoigne de la force puisée dans la rencontre individuelle pour aider à se relier au collectif.

■ **Elisabeth Maurel-Arrighi**, médecin généraliste

Plus que deux

Le « colloque singulier », drôle de terme consacré par l'usage pour dire la rencontre soignant soigné, qui croit nommer un face à face clos où les autres seraient exclus. Et si, justement, on l'entendait tout autrement ? Et si le précieux de ce lien était précisément qu'il sait allier l'intime et le collectif. La médecine est un des rares lieux où se dit

à la fois la fragilité de chacun et la possibilité de la sollicitude, où la singularité de chacun est adossée à l'histoire qui l'a constitué.

En consultation, on est deux, bien sûr, dans les regards qui se croisent, dans le toucher des corps, dans l'attention au concret des choses, la recherche des causes organiques et du sens de ce qui se passe. Mais on est aussi plus que deux. Il y a tous ceux à qui on est relié, par des difficultés, batailles, ou privilèges en commun, qu'on soit médecin ou malade. Et cela, le corps le dit, il raconte l'histoire de chacun. Quand je vois arriver quelqu'un dans mon bureau, quand je l'écoute, c'est tout son entourage qui arrive avec lui, en même temps

que son patrimoine génétique et les aléas de sa vie. Le mal au cou qui raconte les charges lourdes portées dès l'enfance, les coronaires bouchées qui accusent le poids du stress et des injustices avec le tabac comme seule béquille, le taux de sucre dans le sang qui dit les bas salaires et la difficulté de bien se nourrir. Le corps dit comment chacun a pu ou non être aidé et respecté. Tout le monde le sait. Mais beaucoup ont appris à l'oublier, par sentiment d'impuissance. Car aujourd'hui, rares sont les moments où on est heureux de partager quelque chose de fort, où on sait qu'ensemble on peut agir sur le cours des choses. Nous sommes un certain nombre à

souffrir de solitude et à être en peine de collectif. En tout cas, c'est ce que je ressens en consultation.

Réveiller le goût du collectif

Et pourtant, j'ai l'impression que je peux aider à réveiller le goût du collectif.

D'abord, en écoutant, en étant le « haut-parleur » de celui qui va s'entendre dire tout haut des choses. Je deviens alors un témoin qui donne du poids à la réalité.

Ensuite, quand j'essaie de démêler le concret des somatisations, de chercher un diagnostic, de mettre en œuvre un traitement, j'atteste qu'un être humain peut aider un autre être humain.

De plus, les gens savent que je suis en lien avec d'autres, avec mes collègues de l'équipe, ou des gens avec qui je partage des choses qui me tiennent à cœur. Quand des patients isolés signent avec d'autres les pétitions affichées dans la salle d'attente contre les franchises, je me dis que le collectif se remet en marche. Ils voient que je n'hésite pas à appeler les collègues spécialistes. Ils savent que je travaille à la revue *Pratiques*. Certains savent que je fréquente une association de psychanalystes pour qui le social et l'engagement sont essentiels, que je fais partie de réseaux autour de la naissance, du diabète, etc. Probablement aussi, ils devinent que mon goût du collectif vient de loin, de mon histoire personnelle, du fait d'avoir vécu Mai 68 et les années qui ont suivi, où on a pu penser qu'ensemble on allait changer la vie. Ils sentent que mon implication auprès d'eux relève d'un mouvement intime, mais aussi de la perception d'une solidarité entre les êtres humains.

Des enseignants, des membres d'associations me racontent le plaisir de faire ensemble des choses, l'énergie de la révolte ou le bonheur tout simple du partage. Et souvent, je raconte à d'autres ces expériences, qui deviennent alors des remèdes où chacun peut puiser des forces, comme si mon bureau devenait un lieu de colloque où se rassemblent et s'inventent des collectifs. ■

« Quand je vois arriver quelqu'un dans mon bureau, c'est tout son entourage qui arrive avec lui. »

Se rebeller au lieu de compatir

Et si l'indignation devant l'injustice redevenait un moteur, pour lutter et retrouver le goût du collectif ? Face au dévoiement de la compassion et s'appuyant de façon inattendue sur l'expérience du XVIII^e siècle, une historienne ose affirmer la nécessité de l'action et du parler vrai.

Entretien avec **Arlette Farge**, historienne

Pratiques : Notre pratique quotidienne de soignants nous interroge sur la dégradation des conditions de vie de nos patients. On constate les gens de plus en plus seuls et cela ne peut que nuire à leur état de santé. Vous qui êtes spécialiste d'une période s'exprimant beaucoup de façon collective, pouvez-vous nous éclairer sur les transformations du collectif au cours de l'histoire ? S'agit-il de redonner le « sens » ou plutôt le « goût » du collectif ?

Arlette Farge : On ne peut retrouver le sens du collectif que si on en a le goût. Je crois que le goût s'est effectivement perdu. On ne pourra retrouver le sens que si on en a envie. Or, tout le monde s'interroge sur le sens du collectif, mais pas assez sur les raisons pour lesquelles on a perdu le goût de l'action ensemble.

Peut-être faut-il d'abord arrêter d'être uniquement dans la dénonciation. Tous les matins, on entend dans les médias des récits d'événements qui nous donnent évidemment envie de les dénoncer et c'est normal. Les intellectuels ont cru longtemps qu'accompagner de façon critique une société suffisait pour l'améliorer, mais on ne peut plus se contenter d'accompagnement critique. Moi, je ne tiens plus compagnie à cette société. Je le dis peut être de façon un peu littéraire, mais je le sens ainsi. Si rupture il doit y avoir, je romps avec elle. Pas avec la société, bien sûr, mais avec ce qu'elle m'oblige à faire ou à dire, à faire ou pas avec mes compatriotes.

Votre travail nous dépeint la société du XVIII^e structurée en tant que corps

alors qu'ensuite, avec la Révolution et la proclamation des Droits de l'Homme et du Citoyen, on est passé à une autre société, celle de citoyens et d'individus. Quels sont les liens entre passage à la modernité et mouvements collectifs ?

C'est vrai, le XVIII^e est un siècle très collectif, mais par nécessité, puisque tout le monde vit dans la rue et que l'espace public est rempli d'individus qui vivent ainsi, de façon obligée avec tout ce qu'il y a de bien et de pire. Mais il faut mettre la naissance de l'individualisme en parallèle avec le processus d'industrialisation qui naît au XIX^e siècle, le contrôle hygiénique, médical qui cherche à assainir l'espace, en traçant les grands boulevards, par exemple... Au XVIII^e siècle, on ne pouvait pas assurer complètement le contrôle de la population : elle était totalement fuyante, fluide, en mouvement. Au XIX^e on la « range », pour des raisons économiques et industrielles, hygiénistes et morales. La foule au XVIII^e reste malgré tout l'émanation du corps du roi. Le roi représente la tête du corps social, et les sujets n'en sont que les membres. Le rêve de l'après-Révolution sera d'organiser une certaine docilité des corps, au moyen de système d'identification et de classification. De la vie collective au XVIII^e, il faut retenir la ferveur des individus, leur enthousiasme et leurs moyens de communiquer, les expressions, les gestes, la sensualité des corps... Comme ils ne possédaient guère l'écrit, c'est l'oralité qui l'emporte. Pour communiquer, il fallait se parler. Les gens pauvres s'expriment avec des gestes,

Arlette Farge, directrice de recherches au CNRS, historienne spécialiste des savoirs populaires au XVIII^e siècle.

Elle a publié notamment, *Le goût de l'archive*, 1989, *De la violence et des femmes*, Albin Michel, 1997, *Le bracelet de parchemins*, Bayard, *Effusion et tourment, le récit des corps*, *Histoire du peuple au XVIII^e siècle*, Odile Jacob 2007.

« Je n'ai rien contre la compassion, mais contre l'utilisation de cette compassion qui nous fait parfois oublier la notion de justice et nous dédouanerait de toute action. »

.../...

.../... et ceux-ci fabriquent forcément des événements. Cette effervescence fait peur, c'est pourquoi les chroniqueurs décrivent les gens du peuple comme des animaux. En fait, étrangement, les aristocrates ne se voient pas eux-mêmes. Ils ne voient pas les gestes de la distinction aristocratique qu'ils emploient et ont peu de lucidité sur leur emploi. Il y a en effet une mise en scène de la cour, obligée par le roi, tandis que la rue est un théâtre permanent.

Dans vos travaux, vous avez mis l'accent sur le lien entre le corps, l'intime et le collectif, pouvez-vous nous en parler ?

L'intime et le collectif ne sont guère séparables, cela ne fait pas de doute. Ce qui ne veut pas dire que la vie politique et la vie publique ne soient pas séparables.

Au XVIII^e, il y a des corps vivant dans les espaces publics aux yeux de tous, le corps du roi y est sacré, il y a aussi des corps aristocrates, les corps des enfants, des femmes, des pauvres. Chaque corps a ses propres moyens de réagir. Je m'intéresse plus particulièrement aux pauvres, et le pauvre n'a, en fait, que son corps pour réagir aux événements qui surviennent. C'est avec sa fatigue, sa peine, ses traumatismes qu'il va répondre au monde politi-

Käte Kollwitz,
Grève.

que et subsister. Le goût du collectif, il l'a par besoin. Au XVIII^e siècle, le concept d'intimité n'existe pas puisqu'on vit dehors, et que dans les immeubles, les pièces sont ouvertes les unes sur les autres, sans chambre à part ni cuisine, etc. Intimité, le mot apparaît au XIX^e siècle. Si on l'entend comme aujourd'hui, vie intime et vie collective ont des relations très fortes dans une forme d'émotion particulière.

Dans les archives de police du XVIII^e, dans les plaintes ou les interrogatoires, les hommes et les femmes dévoilent aussi bien la force de leur corps que la relation intime qu'ils ont avec les événements qu'ils subissent, d'ordre économique, politique ou juridique. Les vies et les pensées sont mêlées. Les rationalistes et les philosophes du Siècle des Lumières, si on les lit bien (Voltaire, Rousseau, Diderot), mêlent souvent leurs émotions personnelles à leurs théories et disent que leurs émotions sont le socle de leurs pensées. David Le Breton, anthropologue d'aujourd'hui qui travaille sur le corps, dit cette phrase très belle : « L'homme et la femme sont affectivement au monde ». Je trouve que c'est une très belle définition de l'être humain. Je ne comprends pas comment, dans notre société, on a séparé si drastiquement les affects de l'intelligence.



DR.

L'émotion est véritablement un des constituants de la pensée, et il n'y a pas de pensée sans émotion ; si on retire du mot « émotion » la gangue qui le noie dans ce qu'on appelle « le mièvre », ou « le dégoulinant », ou le féminin... on s'aperçoit en fait que les émotions sont des affects forts qui provoquent les événements et les souvenirs, émotions souvent partagées, qu'on ne peut pas caractériser comme étant plus féminines que masculines. Les femmes les expriment différemment que l'homme ou l'enfant, mais c'est tout autre chose. Le corps est un véhicule très complexe d'être au monde ; or être au monde, c'est l'être corporellement, affectivement, intellectuellement et pulsionnellement. Mais pour expliquer cela à la discipline historique, cela a été un combat... A chaque fois qu'il m'en était parlé, on ajoutait « tu dis ça parce que tu es une femme », et donc j'ai désiré poser une réflexion historique sur l'émotion, sur son étymologie. Dans « émotion », il y a mouvoir, moteur, et au XVIII^e siècle, toute révolte est appelée « émotion populaire » par les contemporains.

Quand on réduit le mot émotion à son côté « mièvre », on le réduit à une espèce de vague à larmes, on le rabat sur la sensibilité féminine, alors que c'est une déclinaison de sentiments très complète : l'indifférence, la stupeur, l'indignation, l'effervescence, le bonheur, le rire sont aussi des émotions. La quantité d'aptitudes à être, à connaître et aimer est presque infinie. A partir de ce moment-là, on peut lancer l'hypothèse (comme je l'ai essayé dans mon dernier livre sur le corps) que l'émotion est aussi un événement, un moteur d'évènement. Tout ce qui passe dans le corps, tout ce qui est reçu par lui fabrique des événements. Prenons un exemple : les injustices, le prix exagéré du pain, les humiliations sont autant d'émotions subies qui augmentent le goût du collectif pour lutter.

La notion de « collectif » est-elle superposable à la notion de « foule » ?

Non. Je ne parle pas de la foule, ou d'attitudes collectives excitées, emballées par un événement. Quand il y a des chefs charismatiques face à ces types de foule, cela peut aller du pire au meilleur. Ceux qui ont travaillé sur la foule au XIX^e siècle faisaient en fait partie des conservateurs. Pour eux (Gustave Le Bon, Taine, etc.), la foule est « un animal », « des animaux », ou « des femelles », ou des « animaux femelles ». Ce sont les termes déjà employés à la fin du XVIII^e. La foule est alors dite instinctive, et d'ailleurs les foules révolutionnaires qui sont montrées par le cinéma d'aujourd'hui, même par les meilleurs réalisateurs, le sont comme des foules sanguinaires d'individus aux visages bestiaux.

Or, pour moi, la foule et le collectif, ce n'est pas pareil.

La foule naît dans un moment de prise de conscience collective pour faire quelque chose et après, il s'y passe des faits, des gestes, des attitudes plus rationnels qu'on ne le croit : en 1750, à Paris, la police avait enlevé des enfants « polissons », des enfants d'artisans entre 4 et 12 ans qui jouaient dans la rue, pour les mettre en prison. Cela a provoqué une émeute très violente et assez meurtrière qui a duré trois jours, une émeute non connue par les livres traditionnels d'histoire... Toutes les archives étant conservées aux Archives Nationales, il me fut possible de travailler sur les interrogatoires, sur les rapports des parents, sur ceux concernant les enfants enlevés, sur la manière dont s'étaient passés les mouvements de foule, leurs trajets, leurs demandes face à la police. Le livre qui relate ces événements s'est appelé *Les logiques de la foule*¹ parce qu'on peut voir leurs logiques, et elles correspondent à une vraie symbolique. Le cortège, par exemple, passe devant tel commissariat de police plutôt que tel autre, si ce commissaire a davantage commandé d'enlèvements que l'autre. Quand on parle de « foule déchaînée », il faut aller plus loin, comprendre, détailler, et ne jamais en rester aux apparences, aux préjugés et aux stéréotypes.

Que faire des « émotions de manif », que faire des émotions de protestation qu'un certain nombre d'entre nous avons connues au cours de notre vie militante ?

Je me rappelle la première « manif des sans papiers », où il y avait une sorte de tourbillon de joie qui prenait tout le monde, et où n'importe quel bonheur peut se passer. Bien sûr que la foule est remplie d'émotions et que ces émotions partagées peuvent conduire à des actes fermes et à des prises de position.

Mais est-ce que le terme de « masse » éclaire quelque chose ?

Le terme « masse » fut très employé en 1950, car c'était en effet l'ère des masses, et cela ne faisait que décrire des conduites automatiques et globales. Le marxisme a parlé en termes de masses, et il a eu raison, car il fallait à l'époque les mettre en avant, cela pour donner une homogénéité et un sens à quelque chose qui n'était pas reconnu comme légitime. Mais un rassemblement n'est pas forcément homogène. Je pense à un photographe, A. Piette, qui a travaillé sur les manifestations ou les processions religieuses. Il montre et photographie les yeux des gens, tous dispersés, certains par exemple regardent les affiches de cinéma, etc.

« On a déplacé les sentiments du juste et de l'injuste vers le compassionnel ou le caritatif. »

.../...

.../... en fait, bien souvent, chacun s'occupe aussi d'autre chose que de la réunion dans laquelle il se trouve. Dans les processions religieuses, on voit, par exemple, les bonnes sœurs qui regardent les oiseaux, etc. Une foule est faite de mille comportements, gestes et rêves.

Par ailleurs, le dévoiement des émotions, l'attirance vers le trop compassionnel et le trop sensationnel, sont une attirance malsaine. La foule n'est donc pas une entité bestiale, mais une composition complexe de personnes allant collectivement vers un même but tout en gardant son individualité.

Il y a en nous trace très forte du système judéo-chrétien, où regarder le pauvre est finalement une injonction de l'*Évangile*, des grands textes bibliques, et une nécessité chrétienne jusqu'au XVIII^e... avec cela, on fait son salut. Nous sommes, même les athées, héritiers de ce système où la compassion permet à chacun de vivre, ce qui fait aussi fonctionner économiquement tous les Téléthons du monde. Ce n'est pas une nécessité vitale de solidarité, mais une nécessité personnelle. L'injonction est de donner aux pauvres parce que le salut en sera la récompense. Mais actuellement, à tout événement, il est demandé une vague compassion, alors qu'il faudrait souvent réfléchir en termes politiques. Ce n'est pas sain, on fait en sorte que cette compassion fasse effet, or son effet le plus mortifère est d'accepter toute situation qui l'a engendrée. Dans la société traditionnelle de

l'Ancien Régime, il y avait une justice de Dieu. Aujourd'hui, on ne fait même pas appel au sentiment de justice, mais à un sentiment morbide évitant toute révolte. Le juste et l'injuste ne sont jamais décrits ni nommés. Quand un SDF meurt aux Champs Elysées, il y a des chroniques dans les journaux avec des questions malsaines : « Comment ? Quelqu'un peut mourir place de la Concorde ? C'est la place de la guillotine ! » Et en cas de crime et de peine, les gens disent : « Ah ! La justice a été rendue, et donc je vais pouvoir faire mon deuil ». Ici ont été déplacés les sentiments du juste et de l'injuste vers le compassionnel. C'est malsain d'apposer une plaque place de la Concorde alors qu'il y a tant de SDF qui meurent dans les rues. Il faut proclamer ce qui est juste et injuste. Ce qui est injuste est d'être mort ainsi et non d'être mort place de la Concorde.

Est-ce que ce sont les médecins, les soignants qui doivent dénoncer cette utilisation du compassionnel, cette manipulation, pour faire passer des lois qui mettent à mal le social et le soin ?

Le vrai populisme est, je crois, dans un appel systématique à la compassion qui évite toute action. Je n'ai rien contre la compassion, mais contre l'utilisation de cette compassion qui nous fait parfois oublier la notion de justice.

A l'heure actuelle, la vitesse de l'information déstructure les personnes. Nous sommes complètement étourdis par toutes les annonces de réformes : par exemple, défaire complètement le Code

Käte Kollwitz,
Misère.



DR

du travail – et sans savoir comment on le fera ? – tout cela sous prétexte de la « modernité », sans jamais la définir. Et quand on se méfie des réformes, on est dit archaïque. Ce n'est même pas la querelle des Anciens et des Modernes du XVII^e, c'est encore beaucoup plus compliqué et pervers, car au moins ces querelles d'autrefois étaient très définies. Tandis que l'Etat moderne semble signifier : « Payons à tout prix une modernisation dite incontournable avec un seul chemin pour y arriver, même s'il est injuste et révoltant. »

L'accélération du temps crée beaucoup d'émotion aux populations. Dans des endroits divers, magasins et cafés, les gens disent à quel point ils se sentent fatigués, et combien ils le ressentent dans leur corps.

Je crois que la temporalité des individus est fragile ; comme celle d'une société, elle ne se manie pas impunément. Un chef de gouvernement, un soc qui remue les sociétés sans aménagement, qui remue les temporalités comme ça, très vite et très soudainement, prend un risque extraordinaire pour la société, car la temporalité réfléchie est ce qui nous structure.

*Comment entendre ceux qu'on n'entend pas ?
« Quel bruit ferons-nous ? » pour reprendre le titre de l'un de vos ouvrages ?*

On parle trop à leur place. Les plus pauvres et plus démunis ont été photographiés, filmés, interviewés ; on en a fait des documentaires... Donc, ceux qui ne sont pas au courant de la pauvreté sont vraiment ceux qui ne veulent pas le savoir. Mais je crois qu'il faut maintenant une autre brutalité du discours. On ne peut plus rester dans ces constats vaguement indignés, photographiés, scénarisés. Pour faire parler l'homme ou la femme en état de pauvreté, il faut des conditions très exceptionnelles, car ils ne sont pas des singes à qui tendre un micro. Je travaille en ce moment sur l'histoire de la voix. Quand on écoute un reportage à la radio ou à la télé sur des pauvres ou des SDF, leur voix détermine l'attention que l'on aura pour eux ou pas. Autre exemple : on n'imagine jamais les pauvres et les SDF amoureux ou ayant une vie sexuelle, et on ose très peu le dire. Près de chez moi, des hommes vivent sous des tentes et j'ai discuté avec certains d'entre eux ; ce qui m'a absolument étonnée, et fait dire que j'avais peut-être raison, c'est qu'ils m'ont dit : « Vous osez nous parler ? Vous osez nous parler d'amour ? C'est extraordinaire ». Cela m'a rappelé ce fameux XVIII^e siècle où il était dit des personnes du peuple qu'ils n'étaient que « des ventres creux », sans comprendre leurs affects. Il ne faut pas rester sur ces constats indignés parce que, finalement,

« Il y a des moments où il faut rompre avec ce qu'on tente de nous faire penser, mais on ne peut pas rompre tout seul. »

même si on est plus « intello », même si on est plus artistes, ou plus intelligents, ce sont toujours des constats répétitifs qui finissent par nous faire du mal à nous-même car ils sont encastés dans un langage qui ne change jamais.

Que serait ce bruit que nous ferions ?

Le bruit, c'est aussi proposer une certaine violence, de l'inconfort ; veut-on vraiment se rebeller ? Jusqu'à quand va-t-on tout supporter ? Jusqu'à quand va-t-on rester sans se manifester ? Ou « défaire » nos propres langages ? S'en déprendre

pour inventer d'autres mots. Il y a des moments où il faut rompre, mais on ne peut pas rompre tout seul. On voit que les villes commencent à poser des actes, à défendre leur clinique, leur tribunal, leurs prud'hommes, on voit les avocats descendre dans la rue... et on leur répond : vous êtes archaïques, il faut de la modernité... Aux intellectuels donc de décortiquer ce mot modernité. Je pense qu'il faut des relais partout. Et le mieux serait une coagulation de tous les refus.

Mais nous, les médecins, sommes absolument sidérés sur les franchises, et l'accès aux soins. Les gens ne se bougent guère, personne ne manifeste. Pourquoi la population ne relaye pas ?

C'est difficile de répondre. Le relais entre les professions serait formidable. Le problème est que qu'on nous inflige des temporalités courtes. Comme les événements sont montrés à la télé, c'est considéré comme réparé, plié. Je pense qu'on doit pouvoir démonter tout cela. Les gens de télévision devraient résister... Il y a des personnes qui ont les mots justes, qui mettent bien les mots là où il le faut, c'est vraiment ce dont on a besoin. Plus on aura des mots clairs, moins on aura de « pathos ». On dénonce, mais que faire ? Oui, il faut dire, parler, écrire autrement, faire rupture. Le théâtre, la recherche, tous les lieux sont menacés, et donc il faudrait que tout se cristallise. On ne peut pas séparer les médecins de la recherche, des juges... Je ne sais pas quel bruit nous ferons, mais je pense que la cohésion entre plusieurs professions maltraitées en ce moment serait déjà un chemin à prendre qui serait un premier printemps. ■

Propos recueillis par **Natalia Calderón,
Chandra Covindassamy,
Elisabeth Maurel-Arrighi,
Anne Perraut-Soliveres, Marion Stalens**

1. *Logiques de la foule. L'affaire des enlèvements d'enfants, Paris 1750*, (avec Jacques Revel), Hachette, Collection Textes du xx^e siècle, 1988.

Ubuntu, le secret de l'Afrique du Sud

La sagesse sud-africaine, qui a permis de surmonter le traumatisme de l'Apartheid, nous apprend la conscience du lien entre les hommes.

■ **Marion Stalens**, cinéaste

Ubuntu – prononcez « oubounetou » –, ces syllabes savoureuses désignent un concept ancestral et une lecture inédite du lien entre l'individu et la collectivité qui l'entoure. C'est à l'occasion d'un tournage de documentaire que je faisais en Afrique du Sud, il y a trois ans, que j'ai eu la chance de découvrir cette sagesse que j'aimerais partager avec vous.

L'expression nous vient tout droit du fond des âges, d'une période où la survie dépendait encore de la bienveillance de celui qui voulait bien offrir le gîte à l'aventurier, au chasseur égaré, au nomade surpris par la tempête. Pour l'étranger, qui frappait à la porte, il y avait toujours du pain, du lait et un endroit où dormir. Telle était la coutume chez les Bantous d'Afrique du Sud, bien avant que les Hollandais, *Bible* en poche, ne viennent coloniser l'endroit avec leurs certitudes de peuple élu. Mais cet Ubuntu, que trois siècles d'asservissement n'auront pas réussi à faire taire, décrit bien plus que le simple principe d'hospitalité.

« Ubuntu ngumuntu ngabantu », dit le dicton de la sagesse sud-africaine. En voici quelques traductions : « Une personne est une personne, grâce aux autres personnes » ; « Je suis ce que je suis, parce que vous êtes ce que vous êtes » ; « Je suis ce que je suis, grâce à ce que nous sommes tous » ; « Je suis parce que tu es ». Lien, résonance, interdépendance... on cherche en vain le mot qui pourrait traduire avec précision le concept d'« Ubuntu », qui exprime l'idée qu'une personne n'est une personne que dans sa relation aux autres, que nous sommes liés les uns aux autres, pour le meilleur comme pour le pire.

C'est en s'appuyant sur l'Ubuntu, cette sagesse transmise de génération en génération, que Nelson Mandela a réussi à initier le processus de réconciliation nationale à la fin de l'Apartheid. Partout dans le pays, des séances dites de « Vérité

et Réconciliation » ont été organisées pour permettre aux victimes et aux familles des personnes assassinées, d'entendre enfin la vérité de la bouche même des criminels. En effet, la philosophie de l'Ubuntu permet de comprendre que le coupable comme sa victime se trouvent également déshumanisés par l'acte criminel, et que la reconnaissance du crime, à condition qu'elle soit sincère, délivre autant le coupable que la victime. Que le pire soit dit publiquement et reçu collectivement a permis à toute une société d'initier un réel processus de guérison, qui, quoiqu'imparfait, se poursuit encore aujourd'hui.

Dans notre société occidentale, la conscience du lien entre les hommes tend à être anesthésiée (chacun pour soi et que le meilleur gagne), ou frelatée dans des « messes » collectives artificielles autour du sport, ou du divertissement. Il est tellement plus facile de manipuler des êtres qui se croient seuls face à l'adversité. Et pourtant le lien fondateur, qui nous unit les uns aux autres, demeure, que nous le voulions ou non.

La consultation médicale est un des moments où ce lien peut encore s'exprimer. Elle permet au patient de sortir de son face à face solitaire avec la douleur, pour entrer dans le fameux « colloque singulier » avec le médecin. Lors de la consultation, la verbalisation du lien entre la maladie et le monde extérieur soulage le patient du face à face solitaire avec son destin individuel. La vérité dite, reconnue, diagnostiquée, permet d'entrer en intelligence (au sens étymologique de « ce qui fait lien ») avec le corps collectif. Cette vérité dite est le premier pas vers une réconciliation avec soi-même, elle-même premier pas vers le désir non seulement de se soigner soi-même, mais aussi de soigner les maux d'une société bien mal en point.

La consultation : un moment privilégié où retrouver le sens de l'Ubuntu. ■

Les Maisons Médicales belges, lieu de SOINS collectif

Les maisons médicales belges, un espace de travail collectif, accueillant pour les patients, ouvert et attentif à leurs besoins. Une autre médecine est possible.

■ **Thomas Mordant**, poète, peintre, militant social

Mille travailleurs, trois cents médecins, quatre-vingt maisons : ces chiffres, d'ailleurs en croissance, sous-estiment l'importance de ces lieux habités, non seulement par le droit à la gratuité (voir *Pratiques* n° 39 « Comment payer ceux qui nous soignent »), mais aussi par le travail collectif : soignés-soignés, soignés-soignants, soignants-soignants...

C'est gratuit !

Sur la gratuité, j'ajouterai seulement à ce qu'à dit Pierre Drielsma dans le n° 39, ceci : si ce principe est tout autre chose que le remboursement intégral, ce n'est bien sûr pas seulement pour des raisons financières : le droit à la gratuité, même limité aux soins de première ligne, est un symbole vivant – qui passe par l'inconscient pour y faire bon ménage – du droit à la santé, et à la liberté, une ouverture vers elles.

Le mot maison

Pour comprendre nos maisons médicales, on peut d'abord s'arrêter au mot maison et l'apprécier. Il évoque la vie commune. Il s'agit d'ailleurs le plus souvent de véritables maisons occupées depuis longtemps de la cave aux toits, avec parfois un petit jardin. Elles sont assez jolies dans leur environnement. Les soignants et les soignés ont donné à chacune son caractère qui mûrit et rajeunit, en tous cas change, de saison en saison.

La porte est ouverte

Entrée sans n° de code, sans sonner, l'accueil est chaleureux. La salle d'attente, toujours grande et peuplée, abrite un espace de jeu pour les enfants, qui tend à grandir jusqu'à occuper un tiers du lieu.

Des thermos de thé ou de café léger ou des carafes d'eau, agrémentée parfois de grenadine, vous attendent. Si nécessaire, le téléphone est accessible. Les affiches sont situées « en bas à gauche » (selon l'expression zapatiste) sur la carte politique, mais bien centrées pour le regard. Social, politique, écologie, féminisme, sciences, médecine... et la culture ne vient pas en dernier comme dans cette phrase et dans la grande majorité des mouvements militants organisés.

Soignés-soignés

Qui va là ? Tout un petit peuple métissé, variable selon les maisons, pauvre à très pauvre, donc sujet à la maladie, mais étrangement dynamique. Avec des exceptions. Les conversations dans la salle d'attente sont fréquentes, faciles, intéressantes. Peu de gens s'enferment totalement dans une bulle. Beaucoup se connaissent ou se reconnaissent. La thérapie commence dans la salle d'attente. C'est un lieu agréable. En cas de nécessité, d'urgence, les gens cèdent leur tour facilement.

Soignés-soignants

Qui décide ? Comment savoir ? Il serait exagéré de dire dans les conditions sociales actuelles que la majorité des soignés s'autonomise, mais il y a un mouvement en ce sens. En principe, tant qu'il a le ressort nécessaire, le patient peut décider de beaucoup de choses, avec parfois l'assistance des siens. Les regroupements familiaux ou autres sont d'ailleurs favorisés au sein d'une même maison médicale. Beaucoup de soignants prennent volontiers

« Les soignants et les soignés ont donné à chaque maison son caractère. »

.../...

.../... l'attitude de conseillers, de pédagogues. Les rapports venant des spécialistes sont expliqués dans la mesure du possible. Le patient choisit son ou ses soignants, en change s'il le souhaite. Or les soignants se remplacent souvent les uns les autres (vacances, militantisme, maladie, fatigue, formation, enseignement, recherche...). Les médecins aiguillent aussi parfois pour un temps vers tel collègue de la maison plus compétent en telle matière. Et quand on demande un rendez-vous à un moment où l'agenda du médecin (ou kiné) est déjà plein, les secrétariats conseillent un autre momentanément plus disponible. Ainsi le patient ne choisit-il pas en aveugle. Il peut lire son dossier. On le lui remet souvent systématiquement à l'accueil. Mais il peut aussi l'emporter en tout ou en partie. Le dossier qu'il a entre les mains est complet (s'il ne l'a pas allégé), y compris les mots gri-bouillés par son médecin. Le secret médical va dans la bonne direction.

Soignants-soignants

Les rapports entre soignants et en général les rapports entre travailleurs des maisons médicales restent, pour l'essentiel, opaques aux soignés. Une minorité peut apercevoir certaines choses. Ainsi, chaque semaine, une réunion rassemble les travailleurs de la maison. Le travail en commun stimule les qualifications (une partie de celles-ci sont généralisées et officialisées sous le label « formation permanente »). Il favorise aussi l'orientation vers des spécialistes doués et bienveillants. Et le respect entre médecins, infirmiers, kinés, etc., est visible. Malgré un effort de transparence, plus rares sont les patients qui ont un point de vue sur la structure générale et l'évolution des maisons médicales. Leur degré d'autonomie, leur charte pourtant

diffusée, leur nombre, même dans une seule ville, sont en général ignorés. Le fonctionnement de la Fédération, son journal *Santé conjuguee*, son centre de documentation « Cédoc », son militantisme, ses études et bien d'autres choses, indispensables pour les soignants, sont encore plus lointaines...

« Tous ensemble » vraiment ?

Le partage inégal entre soignants et soignés des maisons médicales, de l'effort sur le chemin de la santé – malgré de multiples tentatives, réalisations et soutiens spécifiques – me semble lié à ce que les gens, et spécialement les militants, de la vraie gauche n'y sont entrés qu'exceptionnellement comme patients. La vraie gauche, non celle qui combine, s'abêtit et trahit, mais celle qui aime, pense et agit, celle qui veut que nos corps et nos vies nous appartiennent, celle qui lutte contre le « travail en miettes », et la « faim du monde », s'est tenue massivement à l'écart collectivement et individuellement. Ce n'est pas étonnant : cela renvoie à la forme en archipel de cette « vraie » gauche dont une des îles est occupée par la tribu des maisons médicales. Ce peuple se situe parmi les innombrables morceaux de terres volcaniques, émergés toute l'année, dont les ethnies commercent et échangent entre eux des dons admirables, voire construisent des isthmes, mais dont le principe est autarcique, avec des divisions internes. Jusqu'à ce que, peut-être, l'amorce d'un nouveau mouvement général des cœurs nous dépasse, nous brasse et nous change tous à nouveau. En attendant, le mouvement des maisons médicales continue à montrer de façon évidente et avec une force croissante qu'une autre médecine – sinon déjà une autre santé, une autre vie – est possible. ■

Un toit pour retrouver le goût de soi

■ **Simon Uzenat**, étudiant en sciences politiques à l'université Paris 1 et à l'École Normale Supérieure

De septembre 2006 à juin 2007, pour la réalisation d'un film documentaire¹, quatorze personnes en situation de réinsertion par le logement dans la ville bretonne de Pontivy ont accepté de témoigner de leur parcours de vie. Il s'agit d'une résidence sociale destinée aux 18-30 ans pour un à six mois et d'une maison-relais pour les plus âgés en séjours plus longs, animées par deux travailleurs sociaux. Des logements autonomes et deux pièces communes pour les réunions et les animations. Les relations que les résidents nouent

entre eux et avec les travailleurs sociaux sont multiples et complexes, exprimant leurs peurs, leurs espérances et leurs frustrations. Et toute la difficulté de construire son propre parcours, tout en se réinsérant dans la société. Après des traumatismes familiaux, physiques et psychologiques, l'enjeu est avant tout de retrouver le goût de soi. L'envie de trouver sa place ne signifie pas pour autant le rejet de tout sentiment collectif. Elle se nourrit d'une altérité quotidienne. L'organisation d'une soirée antillaise (gastronomie, musique) par les résidents eux-mêmes, a ainsi permis de

révéler les forces et les faiblesses d'une solidarité marquée par le caractère éphémère des séjours. Le logement, lieu de personnalisation, et l'habitat, espace de socialisation, constituent des outils nécessaires, mais pas suffisants, pour reconnaître la diversité des parcours de vie et aider à les poursuivre dans une société qui, aveuglément, cultive une approche quantitative et normative des processus d'intégration. ■

1. *Intérieur Jour*, 90 minutes, réalisation : S. Uzenat, 2007.

Le travail de salle d'attente

Rendre aux personnes leur autonomie et les encourager à combattre de différentes manières ce qui les rend malade devrait contribuer à... vider la salle d'attente.

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

J'ai rencontré Jean Carpentier en 1978 à Corbeil où il avait son cabinet de médecin généraliste. J'avais trouvé dans la bibliothèque de l'école des cadres infirmiers de Reims, où j'étais en formation, un petit livre qu'il avait écrit en collaboration avec Georges Wolinski et dont le titre m'avait vivement interpellée : *La médecine peut vous soigner mais c'est à vous de vous guérir*. Je trouvai soudain en ce titre quelque chose que je n'aurais pas pu formuler, mais qui éclairait subitement les douze ans d'exercice de mon métier d'infirmière en réanimation. Les doutes qui m'habitaient déjà trouvaient enfin un lieu où se poser et je n'eus de cesse de le rencontrer. J'inventai une sorte de « stage technique » (nous devions exécuter un certain nombre de stages dont on nous laissait le choix du lieu) et le contactai afin de lui soumettre l'idée de notre collaboration.

Sa salle d'attente ne ressemblait à aucune autre. De grands papiers blancs couvraient les murs du sol au plafond sur lesquels s'étaient des textes tirés de *Libres enfants de Summerhill*, des poèmes de Khalil Gibran, des « explications-proclamations » de Jean Carpentier, des écrits de patients et des dessins d'enfants... qui débordaient sur les murs. Ces textes parlaient de la vie, des difficultés du quotidien et annonçaient une façon d'envisager la médecine qui tranchait radicalement avec ce que je connaissais dans ma pratique. Trois personnes qui se trouvaient là à mon arrivée parlaient et semblaient se connaître. Lorsqu'il sortit de son bureau, son regard embrassa la salle et s'appuyant sur le mur comme s'il était épuisé, il demanda à la cantonade qui pourrait revenir le lendemain, car il était exténué... Les trois patients lui exposèrent sans gêne ce qui les amenait et deux d'entre eux repartirent en plaisantant. Bien évidemment, je restai...

Qu'est-ce qui, selon Jean Carpentier, sous-tendait théoriquement cette « ouverture » de la salle

d'attente ? « C'est l'exercice d'une pratique en rupture avec l'attitude défensive, l'idéologie fermée sur elle-même, de la structure sanitaire, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente ; une pratique qui rompt avec l'exclusion de la maladie en un lieu spécialisé et clos que constitue généralement le lieu de soin ». Dans l'idée que la salle d'attente doit être un lieu où il se passe quelque chose, où doit circuler une parole, s'échanger des réflexions, en dehors même de la présence du médecin, il y avait cet espoir largement porté par Jean durant ces années 1970, de redonner aux personnes le pouvoir sur leur vie et leur santé, de « socialiser » la maladie. Discuter collectivement dans la salle d'attente des questions qui sont à la base de la pathologie (impact des conditions de vie, de l'environnement et des conditions de travail sur la santé) s'avère tout aussi soignant, voire davantage, que le huis clos derrière la double porte du bureau. Ce « travail de salle d'attente » donne un sens politique à la pratique soignante et constitue une sorte de contre-attaque en permettant aux patients de sortir de l'enfermement de la maladie dans le silence et l'inquiétude. « J'étais très heureux le jour où, en ouvrant la porte, je trouvai cinq jeunes gens assis ou couchés sur le tapis, écoutant de la musique, trois hommes et une femme jouant à la belote, et dans le coin près d'une fenêtre trois personnes plus âgées taillant une bavette... Bien sûr, il y a des jours où « ça parle » et des jours mornes et tristes comme il y a parfois du soleil et souvent de la pluie. »

L'idéal serait qu'une fois passés par le travail de la salle d'attente, ils n'aient plus besoin d'entrer dans le bureau du médecin... Douce utopie s'il en est... ■

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

Jean Carpentier a écrit notamment *Journal d'un médecin de ville*, Éd. du Losange, 2006, et *Médecine générale*, Éd. Maspéro, 1997.

« Un lieu où il se passe quelque chose. »

Case Santé, médecine communautaire

A Toulouse, des professionnels non médecins et médecins créent entre eux et avec les usagers de nouveaux outils. Ensemble, ils affrontent les problèmes de santé.

Jérôme Host, promoteur de santé, La Case de Santé

La Case de Santé est un centre de santé communautaire situé dans un quartier du centre ville de Toulouse à forte fréquentation de migrant(e)s. Je dis fréquentation, car prétendre qu'Arnaud Bernard est un quartier où habitent des migrant(e)s est de moins en moins vrai. Les spéculations immobilières ont fait le travail...

L'activité de la Case de Santé se divise en deux pôles, selon nous complémentaires et indissociables. Une activité de soins généraliste, de prévention et d'accompagnement social (ouverture de droits, suivi individuel des usager(e)s les plus précaires, orientation, voire conseil juridique pour les migrant(e)s menacé(e)s par l'administration). Et un pôle d'activité communautaire dont l'objectif est de créer les structures et les outils d'une réappropriation par les usager(e)s de leur santé et d'un développement ou d'un renforcement de leurs capacités individuelles et collectives.

L'équipe de la Case de Santé est composée de deux médecins, d'une infirmière, de deux promoteurs de santé et d'une nutritionniste-conseil. La gestion de la structure est collective, toutes les décisions sont prises collectivement, et incongruité finale : nous pratiquons l'équité salariale (les critères de nivellement des salaires sont l'ancienneté et le nombre de personne à charge).

Je suis promoteur de santé. Mon travail consiste à être « la première ligne de la première ligne ». Je suis la première personne que les usager(e)s rencontrent lorsqu'ils entrent à la Case de Santé. J'ai en charge de faire le point sur leur situation sociale. La santé vue comme globale, c'est être capable de « diagnostiquer » un problème de logement, un harcèlement au travail ou un défaut de papier pour un migrant, lorsque la demande exprimée semble d'ordre médical. À partir de là, il ne s'agit pas de prétendre avoir systématiquement une réponse individuelle à des problèmes qui relèvent des structures même de notre société, caractérisée par ses inégalités sociales, son racisme, son sexisme et son individualisme.

Il s'agit bien plus d'être capable de faire entrevoir

les horizons du possible en terme d'organisation collective, de faire se rencontrer des usager(e)s victimes des mêmes injustices, mais aussi de créer la rencontre avec d'autres usager(e)s aux parcours différents, et de créer des solidarités.

Il y a trois ans, lorsque la Case de Santé n'était qu'un projet sur du papier, et que nos futurs locaux ressemblaient à une ruine, peu de personnes nous prenaient au sérieux. Au mieux, certains devaient se dire que nous étions de braves jeunes gens, que « la réalité du terrain » allait rapidement raisonner. Au pire, on nous prenait pour une bande de petits cons prétentieux.

Nous ne pensons pas être plus originaux ou même révolutionnaires dans notre démarche que beaucoup de nos collègues. Nous nous sommes par contre donné les moyens du passage à l'acte, ce qui implique le renoncement à quelques privilèges (notamment pour les médecins) et beaucoup de travail, (tant d'élaboration théorique du projet que manuelle, avec les travaux de locaux qu'il a fallu pour partie réaliser par nous-mêmes).

Nous ne supportons plus très bien les « collègues » qui nous tiennent le discours du « c'est bien ce que vous faites... ». Alors que la question qui nous brûle les lèvres, c'est « qu'est-ce qui t'empêche d'en faire autant ? ». Même si les réponses, on les connaît...

S'organiser, passer du temps, militer avec les gens, les usager(e)s (et pas les professionnels militants ou les militants professionnels), ce n'est pas facile, ça demande du temps, de la patience, de l'humilité, de la remise en cause personnelle. C'est avoir le courage de la rencontre en dehors du colloque individuel que semblent imposer nos cultures professionnelles.

C'est aussi des moments de vie formidables, des liens, c'est aussi aimer et tout simplement faire attention les uns aux autres. Il n'y a pas vraiment de protocole pour ça. ■

Ce soir, je vais à la Moquette

Quand on n'a pas de chez soi, il est précieux de pouvoir participer à une conférence-débat, le soir, dans un lieu chaleureux.

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

Ce soir, je vais à la Moquette.

Ce lieu parisien, au nom étrange, abrite des pratiques qui pourraient paraître bien ordinaires, n'était-ce la population qui la fréquente. Elle pourrait faire penser à ces maisons de quartier dont la vocation est de faire sortir les gens de chez eux sauf qu'ici, la grande majorité de ceux qui viennent n'ont pas de chez eux. Ceux qui fréquentent la Moquette vivent dehors et sont le plus souvent profondément cassés et surtout, désocialisés.

La Moquette a ouvert ses portes en 1992, à l'initiative des « compagnons de la nuit » qui accompagnaient les « nuitards » dans la rue. Éducateurs, bénévoles assurent une « permanence sociale » de nuit, de toute autre nature que le SAMU social ou les pompiers. Sa priorité est en effet d'ouvrir à la culture par le biais de conférences-débats un vendredi par mois, d'ateliers d'écriture le jeudi soir, de jeux de société, fabrication de marionnettes, ateliers télévision... D'ailleurs, certains ne viennent que pour ça, pour le plaisir, qui est une denrée très rare chez les plus démunis, alors que les lieux de distribution de nourriture et d'hébergement ne cessent de se multiplier dans Paris.

Pedro Meca, un prêtre au profil de Cupidon, l'âme de la Moquette, porte sur l'exclusion et ses effets un regard sans concession. Rien ne l'agace davantage qu'entendre les politiques et les médias se mobiliser dès que descend le thermomètre : « Ce n'est pas le froid qui tue les SDF, c'est la solitude et la violence de la rue ». Pedro les connaît quasiment tous à force de traîner dans la nuit à leur rencontre. D'ailleurs, il a des nouvelles de ceux qui ne viennent pas, par les autres. Certains soirs, une centaine de personnes passent un moment à la Moquette. Dans ce lieu chaleureux, ouvert la nuit, les sans abri peuvent venir se réchauffer, boire une tisane, un jus d'orange ou un café en mangeant un biscuit ou un gâteau. Certains profitent de la douce quiétude pour piquer

un petit roupillon sur sa chaise ou sur un banc. Quelques ADF (avec domicile fixe), se mêlent aux SDF, conquis par l'ambiance ou tout simplement touchés par la misère et désireux de partager un peu d'humanité. Et de l'humanité, il y en a... Dans la pire et la meilleure des acceptions, puisque tout ce qui accompagne la misère humaine ajoute au désespoir. L'alcool, la drogue, la délinquance sont des compagnons exigeants et destructeurs. Pedro n'hésite d'ailleurs pas à faire le coup de poing quand la situation dégénère, mais il déjoue en général l'agressivité en promenant un humour corrosif et tendre à la fois. Paul se lave et se fait beau quand il vient à la Moquette, il évite de boire également ce jour là, sinon, dit-il : « Si je picole, je n'en profite pas ». C'est que pour rencontrer les autres, il faut faire un effort que beaucoup de ceux qui vivent dehors depuis dix ou quinze ans ont perdu l'habitude de faire. Ce n'est pas le moindre bénéfice de cet endroit que redonner un cadre et du sens à la rencontre. La rupture de la solitude exige un réapprentissage de la relation, ce qu'aucun autre lieu ne propose. L'individualisation de la misère est ce qui est le plus destructeur, ce qui donne à la Moquette un statut tout à fait original. La première fois que je suis entrée à la Moquette, j'ai tout de suite été saisie par l'angoisse en prenant conscience de la précarité de la vie sociale. Si la psychiatrie est un des premiers pourvoyeurs de la déchéance, la perte d'un boulot, la rupture des liens familiaux y précipitent les plus fragiles. Ce soir-là, ils étaient nombreux, certains encombrés de leurs bagages, sac de sport ou multiples sacs plastique, car évidemment le sans abri n'a pas de consigne... J'étais venue leur parler de l'accès aux soins et le débat fut vif et passionnant. Depuis, je passe de temps en temps dire bonjour au 15 de la rue Gay-Lussac. —

« Paul se lave et se fait beau quand il vient à la Moquette. »

Les bébés Kangourous, une expérience collective

La méthode des mères Kangourous, inventée pour soigner les enfants nés trop tôt, redonne le pouvoir aux parents en mobilisant la collectivité, et oblige les soignants à modifier leurs pratiques.

Entretien avec **Nathalie Charpak**

Bébé Kangourou, materner autrement,
de Nathalie Charpak,
Ed. Odile Jacob.

Livret *Peau à peau*
diffusé par
l'Association Sparadrap :
www.sparadrap.org
Film *La méthode Kangourou* diffusé
par Sparadrap.

Fondation Kangourou
de Bogota :
www.kangaroo.javeriana.edu.co

Association
Mères-Kangourou France,
32, rue Raoul,
93140 Bondy :
prev@club-internet.fr

Pratiques : *Vous avez participé au développement de la « méthode Kangourou » pour les bébés prématurés en Colombie, en quoi est-ce une expérience collective ?*

Nathalie Charpak : La méthode Kangourou a été créée en 1978 en Colombie pour pallier le manque d'incubateurs dans les maternités. Dès que l'enfant va bien, on entraîne la mère à le porter en peau à peau, ce qui permet une parfaite régulation thermique. La mère peut retourner à la maison avec son « bébé Kangourou ». Maintenant, la méthode Kangourou n'est plus utilisée par manque d'incubateurs, mais pour tous les autres bénéfices qu'elle peut apporter au bébé, à la maman, à l'hôpital.

Comment se passe aussi l'accompagnement des mères ?

A Bogota, il y a une salle à l'intérieur du service de néonatalogie, où l'on pratique l'adaptation Kangourou collective. Viennent là toutes les mères des enfants qui ont un petit poids de naissance ou prématurés, même avec de l'oxygène, ou une perfusion. On leur donne des cours pour pouvoir retourner à la maison avec leur enfant en position Kangourou. Les mères qui arrivent avec leur bébé pour la première fois sont pleines d'anxiété, leur petit bébé ne ressemble pas à ce qu'elles pensaient. Elles sont assises à côté d'une mère qui est déjà là depuis quinze jours, qui porte son bébé, qui sait l'allaiter. Même si on est un très bon pédiatre, une très bonne infirmière, une très bonne travailleuse sociale, une très bonne psychologue, on ne fera jamais aussi bien que la mère qui lui explique, parce qu'elle est passée par les mêmes peurs, les mêmes croyances, la même anxiété.

Quand on dit qu'un enfant sort en position Kangourou, c'est indépendant de son poids ; ce que l'on demande c'est que la mère sache le nourrir. Donc, on voit même des enfants qui sortent à 1,500 gr ou 1,400 gr ; ça nous permet de diminuer le temps de séparation mère-enfant. L'enfant sort, quelque soit son poids, si sa mère arrive à le nourrir. Il est beaucoup mieux chez lui qu'à l'hôpital. On demande au père de venir à la préparation à l'hôpital, pour aider sa femme à la maison. La Colombie est un pays de machistes, mais, une fois qu'ils ont porté leur bébé en peau à peau, les pères sont ravis. Ou bien la mère est aidée par sa propre mère, ou l'un de ses enfants grands, ou une voisine. On cherche toujours un support, une aide. Parce que porter son enfant en Kangourou 24 heures sur 24, c'est beaucoup de travail. On stimule la solidarité familiale.

Mais aussi, la méthode Kangourou crée de profonds changements à l'intérieur du service de néonatalogie : les médecins, les infirmières, les soignants sont formés dans le tout-pouvoir. Faire une prise de sang à un bébé Kangourou nécessite d'être expérimenté et de demander l'autorisation à la mère. Ce qui semble normal, mais on n'avait pas l'habitude... Et en France ou en Espagne, cela dérange.

Alors, comment la méthode Mère Kangourou (MMK) change selon les pays ?

Le principe est toujours le même, mais la méthode Kangourou s'adapte à la culture. En Inde, un problème majeur est la belle-famille. La femme mariée travaille dans la maison de sa belle-mère. Si sa belle-mère ne veut pas qu'elle porte en Kangourou parce qu'elle ne peut plus travailler, l'enfant

meurt. Donc, une des conditions pour que la mère sorte avec le bébé en Kangourou, c'est d'entraîner la belle-mère, qu'elle accepte de porter aussi l'enfant. En Afrique, la femme porte l'enfant né à terme dans le dos pour travailler. Or, l'enfant Kangourou doit être porté devant. On a réussi à convaincre les maris de porter les enfants grâce à un article disant que la testostérone donne à la peau de l'homme un degré de plus... Ils reviennent à la consultation pour voir si avec leur chaleur, ça a marché... Quand l'enfant régule sa température, il commence à suer, il griffe, il essaie de sortir de la bande de coton. Et il sort de la position Kangourou plus vite avec son père qu'avec sa mère ! Des études montrent qu'un père qui a



porté son enfant le voit différemment. Quand l'enfant est malade, il donne de l'argent tout de suite pour aller à l'hôpital... Les jouets qu'il achète un an après pour son enfant sont adaptés à son développement...

En quoi cette méthode oblige-t-elle les soignants à changer de façon de faire ?

Dans les pays riches, on constatait que les anciens prématurés avaient des difficultés. On évalue qu'un enfant en soins intensifs dort en moyenne dix-neuf minutes. Pendant trois mois, on ne le laisse pas dormir, on le réveille en lui faisant mal, avec de la lumière, du bruit en permanence... c'est de la torture. Quand on met un enfant en position Kangourou pour la première fois, il s'endort d'un sommeil profond tout de suite parce qu'il reconnaît l'odeur, la voix, probablement aussi le bruit du cœur, c'est déstressant. C'est un changement de pratique médicale.

Et puis, la consultation de suivi est collective. Dans une immense salle avec des bancs et une grande

table, quatre pédiatres font la consultation des enfants. Par exemple, si on a une maman avec son bébé tout nouveau, elle ne dort pas, elle est à côté d'une autre maman avec son enfant de six mois sur les genoux, qui lui dit, alors qu'elle pleure parce qu'elle est fatiguée et que son enfant n'a pas bien grossi : « Mais le mien, il était plus petit que le vôtre ! »... Si on n'a pas le temps de faire le discours sur le maniement Kangourou, une mère expérimentée le fait. Elles sont fières de dire aux autres ce qu'il faut faire, ou ne pas faire. Quand on leur demande de témoigner, elles parlent d'elles et jamais du groupe de médecins. Une fois, une mère m'a donné, un an après, un petit livre où était consigné jour par jour ce qui s'était passé avec son enfant à l'hôpital. La suite à la maison tenait en une page : elle s'en occupait et ça ne pouvait être que bien. Les mères sont les gardiennes du protocole Kangourou.

« Une fois qu'ils ont porté leur bébé peau à peau, les pères sont ravis. »

Les médecins et soignants enseignent cette méthode aux parents. Est-ce que l'expérience des parents a fait évoluer la méthode ?

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, ce n'est pas une méthode naturelle. Ce n'est pas du tout naturel de mettre son bébé en peau à peau tout nu, avec la bande, et de dormir à 30° C, et de le porter en permanence. Il faut le réveiller pour manger toutes les deux heures. La MMK n'est pas une médecine alternative, cela complète la néonatalogie. L'enfant stable dans son incubateur, l'hôpital ne peut pas lui donner mieux que des parents entraînés à la méthode Kangourou. Ou dans une chambre mère-enfant, avec l'enfant en Kangourou. Les Suédois ne séparent pas la mère et l'enfant, même né à 500 gr. A Uppsala, il y a un lit en soins intensifs, le père ou la mère reste en permanence, et ils assistent à tout, l'intubation, l'extubation... Les parents portent 24 heures sur 24 leur enfant dans le service de néonatalogie. A Uppsala, les mères ont commencé à se promener dans le service. Et on a fini par leur installer un grand salon avec des réfrigérateurs, et une salle de jeux pour les frères et sœurs. Et cela revient même moins cher, parce qu'ils sortent avant. Au Danemark, on fait des choses intéressantes, en Angleterre aussi...

Que dire sur les freins que l'on rencontre ici en France ?

Cela commence à Brest, Lille, Valenciennes... En France, on a longtemps exclu les parents des soins de néonatalogie au prétexte qu'ils allaient amener des infections. Pour faire comprendre que les parents sont nécessaires et qu'ils sont

.../...



« Il faut changer de concept, accepter le regard des parents. »

.../... meilleurs, une fois qu'on leur a enseigné, à baigner leur enfant, pour tous les soins, il y a un travail énorme à faire. En Colombie, nous recevons des médecins de différentes universités qui passent tous par le programme Kangourou. Et c'est vrai, il faut changer de concept, et ne pas séparer les parents de leurs bébés, accepter qu'ils ont un droit de regard. Le soignant n'est là que comme un support pour que l'enfant aille mieux, et on le rend à sa famille. C'est cet aspect-là qu'il faut tra-

En France, l'utilisation de la Méthode Mère Kangourou (MKK) se fait exclusivement en intra-hospitalier. Petit à petit, les services de néonatalogie et de maternité s'intéressent et pratiquent la méthode Kangourou : Créteil, Valenciennes, Pontoise, Evreux, Brest, Saint Vincent de Paul... mais il reste encore du chemin à parcourir tant les résistances sont fortes. Pas tant par opposition au principe que par incapacité à vouloir changer de pratique et à travailler en partenariat : entre soignants et avec les parents ! Les docteurs ont peur de perdre leur pouvoir et le contrôle sur leur objet, C'est grâce à eux que ces petits bébés vivent ! Les soignants se sentent dépossédés de ce qu'ils savent faire en déléguant à la mère, la « tour de contrôle » (scope, saturation...) n'existe plus ou peu. Il s'agit pourtant de bébés stables. Une nouvelle pratique de soins : encadrer les parents et les

rendre compétents et confiants avec leur tout-petit. La communication est indispensable pour partager les informations. Enfin, les cadres de soin imposent leur fonctionnement hiérarchique qui bloque souvent toute innovation... nouveau barrage à franchir pour les autres soignants. Un travail de formation et de préparation multidisciplinaire est indispensable à la mise en route de la méthode. C'est aussi un temps d'explication. L'information et la formation se poursuivent tant dans les services que dans les IFSI (école d'infirmières) et, bien sûr, auprès des parents. Le bonheur de créer cette relation forte entre le bébé et sa mère et/ou son père et de l'observer mérite de faire les efforts d'adaptation à la méthode Kangourou en France aussi.

Véronique Prévost
responsable de l'Association
Mères-Kangourou France

vailler en France, aux États-Unis. En Espagne, à l'hôpital du 12-October à Madrid, ils font du Kangourou, et sont ouverts aux parents 24 heures sur 24 avec des sièges confortables. J'ai visité à Paris un service réputé, il est ouvert aux parents l'après-midi, parce que le matin, il y a la visite, les prélèvements. Si on ouvre, les parents vont être tout le temps là à demander des renseignements sur leur enfant... Si des chambres mère-enfant ouvrent dans la maternité de Brest, ce sera très intéressant de voir les réactions du personnel quand les parents vont sortir. Ils vont aller se promener, dire bonjour aux infirmières. Ils auront des bandes de lycra pour porter leur bébé qui dort, qui a mangé et eux, ils ont envie de bouger. Comment vont réagir les soignants ?

Si on fait des changements, il faut parler de ce qu'on va trouver comme résistances, autrement on va à l'échec. Il faut que les gens expriment leurs doutes. Ne pas nier les problèmes, mais plutôt regarder comment on peut les résoudre. Il n'y a pas assez d'infirmières, il n'y a pas assez d'auxiliaires, comment on va faire si on a plus de travail, avec en plus les parents ? Tout ça, il ne faut pas le gommer, il faut parler des réalités.

Quels sont les outils pour faire du Kangourou ?

Il faut deux choses. Un siège confortable : comment demander à une mère, si elle a mal au dos, de porter son enfant 24 heures sur 24 ? Et une bande de lycra¹. Une mère stressée, qui a eu un bébé prématuré, qui a été angoissée, on lui met son bébé là, sur sa peau. Quand elle voit que lui s'endort, elle n'a qu'une envie, c'est de dormir aussi. Ils se retrouvent et ils s'endorment.

J'ai utilisé la méthode pour des gens qui avaient adopté des enfants. Quand ils sont angoissés, leur bébé pleure, ils ne savent pas communiquer... Je leur fais porter leur enfant en peau à peau, et ils vont mieux. Des études faites aux États-Unis sur l'enfant à terme en peau à peau montrent une meilleure qualité du sommeil. La mère, relaxée, produit beaucoup plus de lait. Il faut aussi faire participer le papa, c'est du plaisir pour tous. Chez nous, tous les gens qui travaillent au programme doivent porter des bébés Kangourou parce que c'est important pour le soignant. C'est un plaisir d'avoir un bébé en peau à peau. ■

Propos recueillis par **Natalia Calderón,**
Martine Lalande et **Elisabeth Maurel-Arrighi**

1. On peut se procurer les bandes lycra au siège de l'Association Mères-Kangourou France. Il existe quatre tailles et leur prix est de 15 €.

Se battre ensemble

Le collectif est aujourd'hui attaqué de toutes parts, dans un monde où on n'a pas su empêcher le marché de dicter sa loi, où l'État se désengage, où l'obsession des chiffres, des normes, de la rentabilité contamine tous les secteurs de la société, où les valeurs du bien commun et de la solidarité semblent oubliées.

Il est pourtant des gens qui osent s'interposer par des outils conceptuels ou par des actions dans le concret. Un juriste aborde la question politique du libéralisme, un philosophe explore les dévoiements du collectif notamment dans les communautarismes, un militant évoque l'articulation de l'engagement politique et l'action associative. Un médecin inspecteur du travail relate le travail de recueil de données pour sortir les pathologies au travail de leur invisibilité, un cadre hospitalier dénonce l'effet déstabilisateur pour les équipes des évaluations individuelles.

Un médecin interpelle la société face aux dérives xénophobes et aux expulsions de patients étrangers, des médecins généralistes constatent le sabotage institutionnel des pratiques innovantes avec les habitants ou au sein des réseaux. Enfin, économiste et médecin croisent leurs regards pour élucider le peu de mobilisation des uns et des autres sur les sujets pourtant essentiels de l'accès aux soins et l'organisation du système de santé. —

Elle avait mal au travail

■ **Evelyne Malaterre**, médecin généraliste

Il en a fallu des consultations avant que Sylvie ne mette des mots sur son mal être, ses difficultés au travail, son envie de démissionner. Secrétaire de direction, elle a été progressivement mise à l'écart des décisions, dévalorisée dans ses tâches, dépossédée de son bureau et installée dans le hall d'entrée de l'entreprise, à l'accueil. Cela durait depuis plusieurs mois. Elle a accepté d'en parler au médecin du travail, avec l'inspection de travail. Elle a participé à un groupe d'échange entre salariés en situation de souffrance, dans le service de maladie professionnelle dont le but est de rompre le sentiment d'isolement et d'imaginer différentes stratégies du faire face possible.

C'est ensemble, avec les compétences de chacun, que nous avons décidé d'un arrêt maladie, puis d'une inaptitude qui a conduit à un licenciement dans de bonnes conditions. Sylvie a certes perdu son emploi, mais a retrouvé toute sa dignité et est prête à envisager autrement son rapport au travail. Pourquoi Sylvie s'est-elle tant isolée et laissée humilier, quelle image avait-elle d'elle-même pour qu'elle ne se sente pas en droit de revendiquer sa place ? Peut-être que cette épreuve lui permettra enfin d'aborder toutes ces questions. Le soutien collectif peut aussi servir à ça. ■

Nous sommes vivantes et belles

■ **Catherine Kapusta-Palmer**, co-responsable de la commission Traitements et recherche d'Act Up-Paris

Le Sida est une maladie liée au sexe et transmissible : porte ouverte à toutes les discriminations. Lutter contre le Sida pour les femmes, c'est lutter pour le droit des femmes. En 2003, des femmes d'associations de lutte contre le Sida et du planning familial ont décidé d'organiser des Etats généraux « Femmes et Sida ». Les femmes concernées par le VIH ne voulaient plus que l'on parle à leur place. D'autres colloques ont suivi. À Paris, le 1^{er} décembre 2007, les femmes séropositives ont exprimé leurs difficultés et aussi leur besoin de décider ce qui est recommandé pour elles. Nous avançons à grands pas vers une société ignorante des personnes malades, en situation de précarité, et les femmes sont en première ligne. Pourtant, avec beaucoup d'énergie, qu'elles soient du Nord ou du Sud, elles revendiquent comme Danièle : « Le virus fait partie de ma vie, mais il ne la gouverne pas. Je ne supporte plus d'entendre : le virus du Sida comme révélateur des vulnérabilités des femmes. Je ne suis ni vulnérable, ni victime, ni coupable. Je préfère : le virus du Sida comme révélateur de la place assignée aux femmes dans toutes les sociétés où existent des rapports de domination des hommes sur les femmes. Derrière les chiffres, les traitements, les effets secondaires, il y a des femmes qui ont des désirs, qui ont et qui donnent du plaisir, qui aiment les hommes, se battent, travaillent, qui sont vivantes et belles ». Aujourd'hui, nous n'avons pas l'intention de nous arrêter, accompagnées dans ce combat par toutes les personnes qui nous entourent. Nous sommes ensemble, belles et vivantes. ■

Santé et travail

Face aux inégalités sociales de santé, un travail collectif de recueil de données par des médecins du travail « sentinelles » cherche à sortir les pathologies au travail de leur invisibilité.

■ **Annie Touranchet**, médecin inspecteur du travail

La santé au travail est dans l'ordre de l'invisibilité sociale. Malgré la connaissance des différentiels d'espérance de vie entre cadres et ouvriers, qui est de l'ordre de 9 ans à 35 ans, écart qui s'est aggravé ces dernières années malgré les progrès de la médecine de soins et de prévention, les causes liées sont toujours de l'ordre de l'individuel, du comportement des individus. Pour preuve, le récent rapport de l'Académie de médecine qui évalue le risque professionnel des cancers de l'ordre de 1,5 à 2 %, alors que les professionnels de la santé au travail l'évaluent entre 5 et 15 %.

Les causes collectives d'inégalités de santé ne sont jamais mises en priorité, notamment celles en lien avec les conditions de travail.

Si, dans les relations santé et travail, l'on veut mettre en évidence la part du collectif, la part relative aux conditions de travail, il nous faut des enquêtes épidémiologiques, des systèmes de veille sanitaire (recueil de données collectives) qui nous permettront de faire le lien entre données de santé et conditions de travail.

A cet égard en Pays de Loire, depuis 2002-2003, nous organisons les « quinzaines de maladies à caractère professionnel » (voir encadré) afin de recueillir des données sur la santé et sur le travail. L'objectif de ce dispositif est d'estimer la prévalence des maladies à caractère professionnel (MCP) dans la population salariée de la région, par sexe, par âge, par profession, par secteur d'activité et de décrire les agents d'exposition associés aux différentes affections.

Pour cela, nous avons pris modèle sur les réseaux des médecins généralistes (type GROG pour la grippe) et nous faisons deux « quinzaines » (coup de poing) par année. Les médecins du travail volontaires, que nous appelons « médecins sentinelles », notent pendant ces « quinzaines », pour tous les salariés qu'ils reçoivent en visite médicale, toutes les pathologies qu'ils estiment en lien avec le travail selon leur expertise professionnelle. Le but est de faire apparaître le

caractère professionnel de ces pathologies alors qu'elles ne sont pas inscrites dans les tableaux des maladies professionnelles indemnifiables (MPI). De plus, les médecins du travail notent également, pendant cette période, toutes les maladies professionnelles indemnifiables non déclarées en précisant le motif de non déclaration.

Nous montons un réseau de médecins du travail volontaires, nous l'animons. Ce réseau comporte environ un tiers des médecins du travail de la région tous secteurs confondus (secteur privé, hospitalier, collectivités territoriales et fonction publique d'Etat). Il permet aux médecins du travail d'avoir des informations sur le recueil des maladies à caractère professionnel, les résultats, des informations sur les pathologies susceptibles d'entrer dans le recueil, des informations sur de nouvelles pathologies émergentes, ainsi que sur les facteurs de risque pouvant entraîner des problèmes de santé. Ce réseau est animé par l'inspection médicale du travail en lien avec le service santé travail de la faculté de médecine d'Angers.

Les résultats, consultables sur le site de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), nous permettent de décrire la prévalence des pathologies en lien avec le travail, de sortir des « sentiments », de

.../...

Il existe deux systèmes pour mettre en évidence et prendre en charge les maladies en lien avec le travail.

1. Les maladies professionnelles qui seront reconnues par la CPAM après instruction dans leur dossier et qui donnent des droits particuliers aux patients (identiques aux accidents du travail). Pour être reconnu en maladie professionnelle indemnifiable (MPI), il faut correspondre aux critères restrictifs de 99 tableaux.
2. Les maladies à caractère professionnel (MCP) sont des maladies ou des symptômes déclarés par tout docteur en médecine auprès de l'inspection médicale du travail. Ce sont des maladies ou symptômes en lien avec le travail, mais non reconnues en MPI qui ne donnent aucun droit particulier aux patients, mais qui participent à la connaissance des liens maladie-travail et qui peuvent ouvrir de nouveaux tableaux de MPI.

.../... montrer la réalité de la pathologie professionnelle et sa sous déclaration. Pour l'année 2006, la prévalence ¹ des maladies à caractère professionnel est de 4,6 % plus élevée chez les femmes, et varie d'un département à l'autre : de 3,1 % en Mayenne à 5,7 % en Maine et Loire. La prévalence des troubles musculo-squelettiques (TMS), première maladie à caractère professionnel, est de 2,4 % pour les hommes et 3,5 % pour les femmes. Elle s'élève avec l'âge. La

C'est un suivi dans le temps des TMS, reconnus ou non, dans les entreprises avec une évaluation de leur incidence et de leur prévalence.

Ces réseaux permettent une animation des services de santé au travail, permettent un dialogue avec les professionnels de santé et nous espérons mettre en évidence la réalité des pathologies en lien avec le travail. Ils permettent également des liens forts entre les institutions de santé au travail et les services de prévention.

« Il nous faut des recueils de données collectives pour faire le lien entre données de santé et conditions de travail. »

première localisation signalée est le dos puis l'épaule, le poignet et le coude ². Les ouvriers arrivent en tête. La deuxième maladie à caractère professionnel est la souffrance au travail. Tous les détails de cette étude sont sur le site de l'INVS ³.

Le réseau de surveillance des troubles musculo-squelettiques rassemble quatre-vingt médecins du travail, ce qui représente près de 20 % des médecins du travail de notre région. Il assure la surveillance en milieu professionnel des TMS et de leurs facteurs de risque, par un réseau de médecins du travail sentinelles. Ce réseau permet de suivre de façon longitudinale, c'est-à-dire avec des examens périodiques (tous les trois ans), les salariés des médecins du travail sentinelles et de recueillir les TMS au fil des ans afin de voir leur évolution dans le temps et avec l'évolution des facteurs de risque.

Il reste à développer la relation avec les médecins généralistes. Néanmoins, de nombreuses formations sont faites par l'inspection médicale et le service de santé au travail de la faculté de médecine d'Angers envers les médecins généralistes afin de leur montrer l'importance de ces recueils, et l'importance des pathologies en lien avec le travail.

Il est nécessaire de sortir de l'invisibilité sociale de la morbidité professionnelle afin de développer la prévention dans les entreprises. Le rôle des médecins généralistes est important dans l'infirmerie médicale afin d'agir au plus tôt sur les conditions de travail délétères. Un premier résultat de ces travaux est l'importance des déclarations des maladies professionnelles indemnisables et notamment des troubles musculo-squelettiques dans notre région. C'est la première région avec la Bretagne pour les déclarations de maladies professionnelles indemnisables. Le collectif santé-travail doit intégrer les généralistes. Nous attendons avec impatience que ceux-ci rentrent dans notre réseau de recueil de données sur la santé au travail. ■

1. http://www.invs.sante.fr/surveillance/maladies_caractere_professionnel/default.htm

2. La part des TMS déclarés en MCP relevait dans 61 % des cas d'un tableau de maladie professionnelle indemnisable (MPI), mais seulement 11% d'entre elles avaient fait l'objet d'une déclaration en MPI. L'absence de déclaration du TMS en MPI s'expliquait dans presque la moitié des cas par un refus du salarié. Les autres raisons avancées étaient principalement une affection d'apparition récente et/ou un diagnostic en cours et le manque d'information du salarié ou du médecin traitant.

3. http://www.invs.sante.fr/surveillance/maladies_caractere_professionnel/default.htm

Sans carotte ni bâton

Seuls des projets collectifs de service peuvent aider une équipe. Voilà ce que défend un cadre infirmier qui constate l'effet déstabilisateur de l'évaluation individuelle à l'hôpital.

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

Nous sommes entrés de force dans l'ère de la justification avec tout ce qu'elle peut induire de dégâts collatéraux ignorés, voire niés par les institutions. J'avais connu peu de temps la notation individuelle en vigueur à l'assistance publique, mais suffisamment pour constater sa totale inefficacité pour la motivation des soignants, comme pour la qualité des soins. Dans l'hôpital privé à but non lucratif où je travaille, il n'y avait jusqu'à présent aucune notation ni évaluation individuelle, et la qualité des soins nous était pourtant reconnue autant par les patients que par les autres établissements avec lesquels nous travaillions. J'avais depuis longtemps constaté que la qualité du travail était largement suscitée par une exigence collective dont le ton était souvent donné par le chef de service, relayé par l'encadrement infirmier, et que les bénéfices secondaires liés à la satisfaction exprimée par les patients étaient la source principale de motivation évoquée par les soignants. Travailler dans un bon service reste la meilleure garantie de devenir de bons soignants. Se sentant reconnus et appréciés, leur motivation est alors alimentée par l'estime de soi professionnelle, chacun participant à l'entreprise collective.

Puis, est arrivée la Haute Autorité de Santé et ses normes édictées à partir d'une refonte du système de soins sur fond d'idéologie libérale avec, comme corollaire obligé, les multiples évaluations dont celle, individuelle, des personnes. Si nombre de ces évaluations n'ont au mieux aucun impact, la protocolisation des pratiques qui les sous-tend se révèle avoir l'effet pervers de démotiver nombre de soignants. Ma profonde aversion pour cette évaluation individuelle tient à ce qui se profile derrière ses objectifs non dits et qui se révèle par les items évalués. La formation à laquelle j'ai été contrainte d'assister n'a fait que confirmer mon sentiment de l'inutilité, voire de la dangerosité d'une telle entreprise pour le moral des troupes, qui n'avait pas besoin de ça... Le discours convenu, l'illusion d'ob-

jectivité, le mensonge institutionnel sur les vraies fins ajoutés à l'incompétence du formateur à saisir la spécificité de la culture particulière de l'hôpital, le disputaient à la naïveté des « stagiaires ». S'il est un domaine qui nécessiterait une grande compétence, c'est bien l'évaluation ; or, c'est précisément la plus grande faille de l'hôpital. La déstabilisation ne s'est d'ailleurs pas fait attendre chez les personnes les plus fragiles, évaluées par les cadres les moins capables d'écoute. La première aide-soignante évaluée a passé trois jours à pleurer parce que la cadre l'avait interrogée sur le projet d'établissement et remise en question parce qu'elle n'avait pas de « projet professionnel », sans compter son émotivité. La qualité de son travail n'est pas mise en cause, mais tous ces aspects, dont fort peu de soignants se préoccupent, ne présentent aucun autre intérêt que les mettre en face de leurs lacunes. Je passe sur la connaissance des protocoles et autres questions dont les soignants ne comprennent pas le sens. L'individualisation voulue de cette évaluation a provoqué une inquiétude majeure, bien qu'elle ne doive pour l'instant avoir aucun impact sur le salaire. Dans un système où il n'y a pas d'avancement et où les salaires sont au plus bas, c'est sans carotte ni bâton qu'on manie cet outil.

Si je suis convaincue par la nécessité de faire le point régulièrement sur nos pratiques afin de mesurer les progrès possibles, c'est au travers de projets collectifs de service que l'évaluation pourrait avoir du sens, sans déstabiliser les acteurs. Prenant en compte la nécessité d'actualiser les connaissances et d'entretenir le désir de mieux faire, j'ai proposé que ces évaluations se fassent en équipe à partir de projets et avec le support d'une formation afférente. Cela pourrait être intéressant, mais l'évaluation doit être individuelle, m'a-t-on répondu... ■

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

« Cela n'a fait que confirmer mon sentiment de l'inutilité, voire la dangerosité d'une telle entreprise pour le moral des troupes. »

Intérêt privé, Etat et collectif

Face au détricotage du collectif auquel s'attellent les tenants du libéralisme, comment envisager le rôle de l'Etat et des organisations collectives pour maintenir « le vouloir vivre ensemble » ?

Serge Regourd, professeur de droit à l'Université des sciences sociales de Toulouse

Comme le marché, la quête de l'intérêt privé, individuel, serait aussi naturelle que les phénomènes climatiques, ou la marée, proclamait voici quelques années... Alain Madelin, ancien ministre libéral... Aujourd'hui, les postulats libéraux dominants tendent à accréditer non seulement le primat de l'individualisme dans la régulation de la société, mais aussi le caractère naturel et pré-existant de l'intérêt privé sur toute forme de logique collective. Comme si cette logique collective était une forme de volontarisme public tentant vainement de contrarier le « cercle de la raison » cher à Alain Minc.

Or de tels postulats, désormais continuellement assénés par les médias, viennent heurter de front les enseignements les plus classiques et les moins contestables des anthropologues. Selon leurs travaux, la survie du groupe est liée à des activités caractérisées par des logiques d'organisation collective et d'un intérêt commun, transcendant les intérêts de chacun de ses membres.

Dans l'histoire, la période du Moyen-Age témoigne de « solidarités horizontales », par-delà les liens verticaux caractéristiques de l'organisation féodale. L'individu est identifié par rapport à son insertion solidaire dans ce que Jean Bodin, théoricien de la souveraineté, désigne en « Corps et Collèges » : lien territorial par appartenance aux communes et communautés d'habitants, solidarité au travail dans le cadre des corporations, partage culturel ou confessionnel dans les confréries. « Animal social », l'individu n'existe pas à l'état isolé, atomisé, mais dans son rapport à autrui.

L'individualisme dans l'organisation sociopolitique ne s'affirme que plus tard. L'individualisme est légitimé et devient hégémonique grâce à sa filiation historique à la proclamation des droits et libertés individuels, à l'aune de la Déclaration des

Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789. Proclamations évidemment vertueuses, puisqu'elles fondent un régime de protection des libertés contre l'absolutisme et l'arbitraire du pouvoir monarchique. Mais, conjointement, leur inspiration libérale apparaît avec la récusation des identités collectives, et de toute action collective au travers par exemple de la loi Le Chapelier et du décret d'Alarde, contemporains de la Déclaration de 1789 et qui supprimaient les corporations.

La conception individualiste des droits et libertés a durablement influencé la question du rapport entre individu et groupe, en associant l'idée de liberté à celle de l'individu. Assimilation renforcée ensuite, a contrario, par les logiques collectivistes mises en œuvre par les États du « socialisme réel », faisant rimer collectif et totalitaire.

Mais les libertés individuelles, issues de la première génération des Droits de l'Homme, se sont vite révélées incomplètes, frappées d'une authentique infirmité qui n'a été juridiquement corrigée que par l'avènement de la deuxième génération des droits et libertés. Ainsi, en France, le Préambule de la Constitution de 1946, recueillant l'inspiration du programme du Conseil National de la Résistance, se traduisait précisément par les libertés collectives telles que le droit de grève ou la liberté syndicale.

Dans ce contexte, l'organisation sociopolitique est bâtie sur le principe de l'intérêt général transcendant les intérêts privés, et l'institution des services publics en constitue la traduction la plus tangible. Les contradictions de la société libérale bâtie sur l'initiative économique privée et l'échange marchand ont conduit à placer hors-marché un certain nombre d'activités humaines, dont on admettait, de manière consensuelle ou à la suite de « conquêtes sociales », qu'elles étaient

« La contre-réforme en cours procède méthodiquement au démantèlement des services publics. »

inaptes à être accomplies sur la base de la quête de la rentabilité financière et du profit. En posant, par exemple, la question en matière de santé, si l'accès aux soins devait être limité individuellement à ceux qui peuvent en acquitter le coût ou si, à l'inverse, seule une organisation collective, solidaire, permettant, de manière égalitaire, de soigner chaque individu indépendamment de sa capacité contributive, ne constituait pas, pour paraphraser Edgard Morin, une exigence de civilisation... L'ordonnance sur la Sécurité sociale en 1945, fondant l'organisation du Service Public de la Santé, atteste des limites du primat individualiste. Ce qui vaut en matière de santé vaut en termes comparables, et selon une diversité de régimes juridiques appropriés, en matière d'éducation, de transport, d'énergie, de communication... Le financement – fût-il partiel – des services publics par les contribuables est l'expression même des logiques collectives inhérentes au « Pacte Républicain » inauguré en France sous la III^e République. Selon une déclinaison du contrat social sans lequel, selon Hobbes, « l'homme serait un loup pour l'homme »...

La contre-réforme libérale en cours, qui ne conçoit l'organisation de la Cité que sur la base de la concurrence généralisée et replonge les individus dans les « eaux glacées du calcul égoïste », procède méthodiquement au démantèlement des services publics. C'est la mise en pièces de « l'État providence » qui avait tissé les liens sociaux indispensables au « vouloir vivre ensemble ». Au cœur de ce « détricotage » du collectif prennent – hélas – place les modalités de la construction de l'Europe communautaire qui ne reconnaît pas la notion de service public et lui a substitué, dans le droit des traités communautaires, les « services d'intérêt économique général » (SIEG). Ces derniers témoignent d'un changement de modèle sociétal puisqu'ils relèvent par principe... du droit commun de la concurrence !... Seules des dérogations strictement encadrées peuvent leur permettre d'échapper à la logique ordinaire du marché, lorsque l'application du droit de la concurrence

les priverait « en droit, ou en fait » de la possibilité d'exercer leur mission. Mais les directives de libéralisation des services dans le domaine des transports, de la communication, de l'énergie, ont encore rétréci le domaine et les valeurs du service public, en introduisant la notion de « service universel ». Ces domaines sont entièrement libéralisés, abandonnés à l'initiative privée, au marché. Tandis qu'à la manière des « voitures-balai », des prestations « minimales » sont prévues pour les indigents incapables d'avoir accès au marché dans les conditions du droit commun. Conception « misérabiliste » du service public, selon les termes d'un ancien ministre gaulliste (F. Borotra)...

La mise en pièces du lien collectif est plus explicitement encore au programme de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), avec notamment l'Accord général sur le Commerce des Services (AGCS) proposant la libéralisation de l'ensemble des activités humaines répertoriées en cent soixante domaines classés eux-mêmes en douze secteurs...

La question des résistances à l'encontre de telles évolutions renvoie précisément à la question des organisations collectives : résistances au sein de structures associatives, des ONG, des syndicats, de ce que l'on qualifie souvent abusivement de « société civile ». Ces solidarités de classes sociales continuent de se manifester malgré les exorcismes médiatiques visant à les occulter. C'est aussi la question fondamentale du rôle et de la place des Etats-Nations, stigmatisés par les mêmes voies alors qu'ils constituent encore la seule dimension de l'organisation démocratique, source des solidarités territoriales, générationnelles, et collectives... quelles que soient les instrumentalisation ô combien perverses qu'ils ont pu générer. La question de l'État, en dépit des gesticulations libérales-libertaires, reste une question incontournable pour tous ceux qui croient encore aux enjeux civilisationnels de l'organisation collective... ■

Un pays raciste ?

Xénophobe, peut-on qualifier autrement la politique du gouvernement actuel face aux étrangers, et notamment aux étrangers malades ? Loin de la complaisance des grands médias, un médecin invite à un sursaut de la société.

■ **Jean-Luc Boussard**, médecin généraliste

Aujourd'hui 4 avril, un Malien de 29 ans est mort d'un arrêt cardiaque après s'être jeté dans la Marne en tentant d'échapper à un contrôle de police. Tué par la xénophobie, devenue doctrine d'État, portée par un président qui en avait fait son fond de commerce électoral.

Ministre de l'Intérieur, il avait déjà administré des preuves de son zèle à expulser de France le plus grand nombre d'étrangers.

A commencer par les malades, ceux dont la loi ¹ dit expressément qu'ils doivent bénéficier d'une autorisation de séjour si leur « état de santé nécessite un suivi dont l'interruption pourrait avoir des conséquences d'une extrême gravité et dont ils ne peuvent bénéficier dans leur pays d'origine » : dans une circulaire de l'hiver 2002, les préfets étaient engagés à faire preuve de vigilance vis-à-vis des médecins qui rédigent les dossiers, suspects de complaisance et de faux, et les médecins inspecteurs de santé publique complaisants.

Est-ce pour essayer de corriger un excès de zèle de certaines préfectures qu'une nouvelle circulaire signée par la Direction Générale de la Santé ² rappelait en septembre 2005 la nécessité

de prendre en compte la réalité sanitaire des pays d'origine et leur impossibilité à soigner leurs ressortissants ? Peu importe, le mal était fait, et le nombre de refus de carte de séjour pour soins, n'a cessé de croître.

En septembre 2005, une lettre expliquait aux préfets comment faire du chiffre, les invitant à procéder à des interpellations jusque dans les lieux de soins et même les blocs opératoires, et citant en exemple le chiffre élevé de refus de statut de réfugié politique par l'OFPRA en se félicitant de ce bon travail !

Déjà candidat officiel, il proposait en novembre 2006 un projet de circulaire ³ prévoyant de lever la

protection des étrangers malades dès lors qu'une offre de soins existe en théorie dans leur pays, recommandait aux préfets de statuer seuls sur l'existence de l'offre de soins, au mépris du secret médical qui interdit à l'administration préfectorale tout accès aux données médicales des dossiers. Seule la mobilisation des associations a pu faire retirer officiellement ce projet en novembre 2006. Oh, les étrangers malades n'étaient pas ses seules cibles, mais bien tous les sans papiers, ceux dont il disait que « nous laissons entrer en France ceux dont on ne veut nulle part ailleurs » ! Aux États-Unis, les futurs prix Nobel et à la France les malades, les non qualifiés, ceux qui ne peuvent employer leur énergie qu'à ne pas laisser mourir de faim leur famille. Ceux dont il a voulu faire croire qu'il suffisait de fermer Sangatte pour qu'ils quittent le territoire.

Une circulaire du 21 février 2006 des ministres de l'Intérieur et de la Justice aux préfets et aux procureurs précisait comment procéder à des interpellations « sur la voie publique, aux guichets des préfectures, au domicile ou dans les foyers et centres d'hébergement, dans les structures de soins » des étrangers en situation irrégulière. Le Syndicat de la Magistrature, le GISTI, la LDH, la Cimade et le syndicat des avocats de France déposeront un recours en conseil d'État pour excès de pouvoir contre cette circulaire, le 19 avril 2006.

C'est aussi pour cette politique xénophobe qu'une majorité d'électeurs a voté le 6 mai 2007. L'immigration choisie – choisir entre les bons et les mauvais étrangers, qu'est-ce donc, sinon du racisme –, l'identité nationale – à défendre contre quels périls ? – étaient des thèmes officiels de la campagne de Nicolas Sarkozy. Il n'y a pas l'excuse du « je ne savais pas ». Mais cherche-t-on d'ailleurs une excuse, à l'heure où l'ostracisme ne craint plus de se montrer au grand jour, à l'heure où la recherche du bouc émissaire tient lieu de projet de société ?

Le président n'est pas homme à ne pas tenir ses engagements de campagne ; il les rappelle sans ambiguïté dans sa lettre de mission au ministre nouvellement créé de l'Immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du co-développement :

« Une lettre expliquait aux préfets comment faire du chiffre, les invitant à procéder à des interpellations jusque dans les lieux de soins. »

« vous renforcerez les moyens techniques pour lutter contre l'immigration collective, en particulier la biométrie ». De la biométrie au test ADN pour les demandeurs de regroupement familial, le pas a été franchi sans état d'âme par une majorité législative aux ordres.

« Vous prendrez les mesures nécessaires pour simplifier considérablement les procédures d'éloignement. » Et des juges peuvent placer en rétention pour les expulser des parents d'enfants français, des femmes enceintes, des malades, des enfants, des vieillards, des demandeurs d'asile, des ressortissants roumains et bulgares pourtant citoyens européens depuis début 2007 ⁴.

« Vous vous fixerez des objectifs exigeants en terme de reconduite à la frontière. » Et les forces de l'ordre peuvent faire du zèle, interpellier les enfants dans les écoles, organiser des rafles autour des points de distribution de nourriture des associations humanitaires, séparer des familles pour les placer en centre de rétention.

« Vous prendrez les dispositions nécessaires pour que l'Union Européenne s'engage résolument dans une politique commune des flux migratoires... vous agirez en faveur de la mise en œuvre d'une véritable police européenne au frontières... et de l'élaboration d'un pacte européen de l'immigration comportant des engagements en terme d'éloignement de leurs clandestins et d'interdiction des régularisations massives. » Les députés européens approuveront-ils en mai 2008, une directive ⁵ allongeant jusqu'à dix-huit mois l'enfermement en centre de rétention des personnes dont le seul délit est de vouloir vivre en Europe, et instaurant une interdiction pour cinq ans de revenir en Europe pour toutes les personnes renvoyées ?

« Vous poursuivrez la politique de lutte contre les filières d'immigration illégales. » Et des juges d'instruction peuvent faire interpellier au petit matin des travailleurs sociaux pour 24 heures de garde à vue ⁶, traduire en justice un passager aérien qui s'insurge de la brutalité d'un embarquement de force.

Il y aura bien des bavures : un enfant terrifié qui tombe d'une fenêtre – quelques commentaires aux JT pendant un jour ou deux. Un noyé. Des jeunes des banlieues « à problèmes », qui explosent de violence à la première occasion – n'a-t-on pas raison de vouloir les enfermer dans des centres d'éducation, les traîner aux assises ?

N'avait-on pas raison de vouloir empêcher leurs parents d'entrer en France ?

La complaisance des médias à cette politique xénophobe est sans limite, et sans critique. C'est à la une du *New York Times* qu'on a lu la critique la plus radicale du projet de recours aux tests ADN pour les candidats au regroupement familial. À la télé, on aura surtout appris qu'un sondage montrait une majorité d'opinions favorables. Et le silence des intellectuels médiatiques, ceux qu'on invite toujours pour débattre à la télé, est assourdissant. Le « devoir d'ingérence » ne s'exercerait-il qu'en dehors des frontières ? Sartre, Foucault, réveillez-vous !

Résistent les associations militantes des droits de l'homme, Cimade, LDH, France Terre d'Asile, l'ODSE, MDM, RESF... et tant d'autres, impossible à citer toutes.

Résistent les anonymes, les militants, qui apportent leur aide aux étrangers sans abris de Calais, qui s'interposent lors d'une interpellation musclée, lors d'un embarquement forcé dans un avion en partance pour l'Afrique ou la Roumanie, des juges qui prononcent un non-lieu à leur procès, ou cassent une procédure de rétention ou d'interpellation arbitraire ⁷...

N'en déplaise aux juges, aux préfets, aux députés, à Monsieur le président et ses ministres, ces résistants sont l'indispensable rempart contre la montée du racisme, ceux grâce à qui il est encore possible d'être fier d'être de ce pays ; et puisqu'il n'hésitait pas à dire que « ceux qui n'aiment pas ce pays peuvent le quitter », ils sont ceux qui nous donnent des raisons de rester. ■

« La complaisance des grands médias à cette politique xénophobe est sans limite, et sans critique. »

1. Article 12 bis 11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945, modifié par la « loi Chevènement » du 11 mai 1998.

2. Circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005

3. Cf. l'analyse de ce projet de circulaire par l'ODSE <http://www.odse.eu.org/>

4. Cimade, 4 octobre 2007 [http://www.cimade.org/-ODSE, 21 juin 2007](http://www.cimade.org/-ODSE,21%20juin%2007)

5. Cf. la pétition « Non à la directive de la honte » de la Cimade

6. Cf. la pétition de France Terre d'Asile « Non à la pénalisation du travail social » <http://www.france-terre-asile.org/>

7. Le Syndicat de la Magistrature dénonce la pression du chiffre et les objectifs du gouvernement en termes de reconduites à la frontière.

Le désaffecté et le communautaire

L'intérêt collectif est aujourd'hui dévoyé, telle est l'analyse d'une philosophe. Au-delà des limites de la réponse communautaire, elle plaide pour une prise de conscience politique du statut des migrants.

■ **Christiane Vollaire**, philosophe

Toute communauté nationale repose originellement sur un sens du collectif, et c'est sur ce sens que s'est fondée la notion même d'État-Nation autour du XIX^e siècle. Mais actuellement, en France comme ailleurs, l'État-Nation est devenu le paravent public des intérêts particuliers d'entreprises privées. Avec, sur le plan de la santé en particulier, les effets redoutables d'un pouvoir assurantiel devant lequel l'État s'est démis de ses fonctions. À ce dévoiement de l'intérêt collectif, il ne peut y avoir de parade que dans une recomposition des solidarités. Ce n'est donc pas contre l'État, mais au contraire en rappelant l'État à sa raison d'être collective, qu'une société peut retrouver le sens d'un intérêt commun.

En outre, le communautaire ici aujourd'hui s'est manifestement déplacé, dans tous les sens du terme : aussi bien celui d'un déplacement de sens

que celui d'un déplacement territorial. Le vécu de la communauté a migré du centre des villes vers leur périphérie, des classes bourgeoises vers les classes populaires, d'une origine occidentale vers des origines nettement plus hétérogènes. À ces déplacements géographiques, traduits en termes urbanistiques par la dissociation ville/banlieue, s'est superposée, de façon éclairante, une dégradation du sens du terme, ou sa dévalorisation en « communautarisme ».

Il faudra donc interroger ici à la fois ce qui disperse des sujets dans un repli sur la sphère intime, et ce qui interroge la sphère commune comme productrice d'exclusion.

Les processus d'atomisation sociale

Tocqueville, juriste français et sociologue avant la lettre, émigré aux États-Unis à la suite de la révolution de 1830, anticipait sur les effets des nouvelles sociétés en train de se construire, en formulant une sorte de représentation visionnaire : « Je veux imaginer sous quels traits nouveaux le despotisme pourrait se produire dans le monde : je vois une foule innombrable d'hommes semblables et égaux qui tournent sans repos sur eux-mêmes (...) Chacun d'eux, retiré à l'écart, est comme étranger à la destinée de tous les autres : ses enfants et ses amis particuliers forment pour lui toute l'espèce humaine (...), et, s'il lui reste encore une famille, on peut dire du moins qu'il n'a plus de patrie. »¹

On le voit, le modèle de despotisme décrit ici par Tocqueville est intégralement lié à une atomisation des sujets : c'est parce qu'il n'y a pas de communauté, pas de collectif assumé entre des citoyens, que des sujets atomisés



vont constituer non pas un peuple susceptible de revendiquer, mais une population passive et soumise. L'effet d'isolement est une cause d'impuissance par désolidarisation. Un État qui veut soumettre commencera donc par briser les liens de la solidarité.

Dans les années soixante, ces éléments d'analyse seront repris séparément par Herbert Marcuse² et par Guy Debord³, référents idéologiques de Mai 68, pour dénoncer le fonctionnement d'une société de masse, dont le premier effet est de produire, très intentionnellement, de la passivité politique.

Debord montrait l'effet littéralement médusant, tétanisant, d'une « société du spectacle » dans laquelle l'individu n'était sollicité que comme contemplateur passif, et par là même désinvesti de toute énergie, de toute capacité d'action et d'intervention dans le monde. Marcuse présentait des masses réduites au statut de consommateurs, dans un système « unidimensionnel », techniquement organisé pour aplatir les sujets en les insérant dans l'espace de la production. Dans tous les cas, là où il y a masse, il ne saurait y avoir collectif.

Le discrédit jeté sur le collectif

Mais par cette massification aussi, c'est le terme de collectif qui est radicalement discrédité, avec des conséquences d'une ampleur qu'on ne parvient pas encore à mesurer. Le collectif va d'abord être réduit au collectivisme d'État, puis permettre par ce biais l'identification de l'analyse marxiste à la tyrannie stalinienne, et enfin de ce fait même présenter le communisme non seulement comme crime politique, mais comme échec économique.

Dans cette succession d'amalgames et de confusions, c'est le sens même du collectif qui est visé : le discrédit jeté sur le collectivisme fonctionne comme légitimation de facto de tous les abus du capitalisme. Ce tour de passe-passe et ce jeu de substitution ont fonctionné, en particulier dans les années quatre-vingt-dix, au moment de la chute des blocs (où paraît le *Livre noir du communisme*) comme un véritable système de verrouillage idéologique et sémantique. Et ils ont contribué à dévaloriser l'idée même de communauté, accélérant un formidable effet d'atomisation et de fin de la politique. François Cusset, jeune philosophe, l'a décrit récemment dans *La Décennie* comme « le grand cauchemar des années 1980 »⁴.

Enfin, se fait jour, de façon de plus en plus insistante, le terme de « communautarisme », pour désigner de façon péjorative un sens du collectif qui émerge dans l'ombre et à l'encontre des États-Nations, cristallisant les phénomènes d'exclusion et de rejet que ceux-ci ont progressivement institués. De ce fait, apparu dans les années 1980 et mis en exergue dans les années 1990, le

communautarisme est subrepticement relié, au début des années 2000, à la question du « terrorisme ». Nouveau discrédit jeté sur le collectif, nouveaux amalgames dont il est l'objet.

Saturation informatique et désaffectation addictive

C'est à contre-courant de tout cela qu'il faut remonter, et un ouvrage du philosophe Bernard Stiegler, *Mécréance et discrédit*, paru en 2006, tente d'y inviter. Les transformations technologiques modifiant toujours les relations sociales, Stiegler montre que les nouveaux systèmes d'information provoquent l'isolement des sujets, enfermés dans leur individualité sans pour autant parvenir à se singulariser. Internet, en particulier, produit cette paradoxale communication sans collectif : « Il y a aujourd'hui des êtres désaffectés, comme il y a des usines désaffectées : il y a des friches humaines comme il y a des friches industrielles. Telle est la redoutable question de l'écologie industrielle de l'esprit. Et tel est l'énorme défi qui nous échoit. »⁵

Ces individus, désaffectés comme des friches, sont les enfants de l'« homme unidimensionnel » de Marcuse : ils ont perdu l'épaisseur affective que produit la capacité de relation. Et ils l'ont perdue par les effets paradoxaux d'une communication qui individualise les sujets, ou, comme le disait Tocqueville, les fait « tourner sans repos sur eux-mêmes ».

Cette forme englobante du flux informatique produit ce que Stiegler appelle l'effet de « saturation cognitive », à l'origine des processus de désaffectation. Les liens affectifs sont rompus par l'omniprésence des circuits informatifs, qui transforment un sujet saturé en sujet désaffecté. Et Stiegler, s'appuyant sur les travaux des psychanalystes de l'Institut Marmottan, montre que cet effet de saturation fonctionne exactement sur le modèle monomaniacal de la toxicomanie. Les jeux vidéo, par exemple, seront en ce sens étudiés dans leurs effets addictifs, en termes de santé publique, dans la mesure où ils répondent originellement à une demande de déréalisation liée au vécu adolescent, et traduite ensuite dans les termes compulsifs de l'addiction.

La réponse communautariste

Or c'est justement à ces formes de désaffectation, que répond l'exigence communautaire. Le sens d'une solidarité entre les sujets paraît être le seul moyen de répondre aux désaffectations que produit un rapport permanent aux flux virtuels et à leurs effets, au sens propre, désintégrant. Car c'est bien en termes d'« intégration » que se manifeste le rapport au collectif : là où une collectivité nationale exclut une population et la renvoie, en termes symboliques et en termes urbanistiques, à ses marges, elle produit cette désintégration individuelle qui pousse à toutes





les formes, informatiques ou toxicologiques, de l'addiction. Et la proposition, sur les territoires des banlieues, d'un communautarisme comme autre forme d'intégration communautaire, est vécue dans ce contexte comme salvatrice. Même lorsque ce communautarisme établit en son propre sein de nouvelles formes de discrimination (religieuse ou sexiste), non pas pires, mais aussi graves, que celles qu'il prétend résoudre.

Dans cette configuration, la position des soignants est véritablement charnière : témoins des formes de déstructuration mentale que provoque la relation entre les phénomènes d'exclusion et les phénomènes d'addiction ; mais aussi témoins et acteurs des logiques désolidarisantes à l'œuvre dans la réformes des systèmes de soin, ils doivent affirmer le plus vigoureusement leur position critique, s'ils ne veulent pas devenir la simple courroie de transmission des inégalités sanitaires. S'ils ne veulent pas, aussi, susciter la méfiance de patients quotidiennement affrontés aux logiques d'exclusion.

Redonner le sens du collectif sera donc d'abord renvoyer à une authenticité de l'universel, et non à un concept exclusivement ethnocentrique de celui-ci.

Or toute culture en général, et l'occidentale en particulier, repose sur cette corrélation inaperçue entre un concept de l'universel et un concept de la discrimination, qui fonde les communautés sur un principe d'exclusion, depuis la cité grecque reposant sur l'institution de l'esclavage, jusqu'à l'État-Nation du XIX^e siècle reposant sur celle de la colonisation.

Actuellement, si les revendications les plus authentiquement sociales, en termes de droit à la santé comme en termes de droit au travail, reposent sur le statut des migrants et des sans-papiers, c'est peut-être précisément par cette prise de conscience. Celle qu'une solidarité communautaire ne peut s'affirmer de façon virtuelle, mais seulement par les liens concrets et affectants de l'intégration, donnant à la communauté politique une chance d'exister autrement que par le discours. ■

1. Tocqueville, *De la Démocratie en Amérique*, GF t.II, 1981, p.385-86.

2. Dans *L'Homme unidimensionnel*.

3. Dans *La Société du spectacle*.

4. François Cusset, *La Décennie*, éd. La Découverte, 2006.

5. Bernard Stiegler, *Mécréance et discrédit, 2. Les sociétés*

incontrôlables d'individus désaffectés, éd. Galilée, 2006, p.130.

Le collectif... à « rebrousse poil »

Comment articuler engagement au sein d'une association et action politique : sublimation, désenchantement ou instrumentalisation ? Un médecin hospitalier s'interroge.

■ **Jacques Richaud**, praticien hospitalier

La promotion des « collectifs » dans tous les domaines, et pas seulement celui de la santé, est une tentation forte pour promouvoir la « citoyenneté » devenue référence obligée du nouveau comportement civique.

Cette démarche intervient souvent là où la gestion publique des affaires, locales, régionales ou nationales, est perçue insuffisante ou contraire aux intérêts ressentis de tout ou partie de la population concernée. Parfois ces collectifs se parent d'une volonté de « résistance » face aux actions venues du champ politique institutionnel ; à l'extrême on rentrerait en « assoc » comme d'autres naguère prenaient le maquis...

Il est donc pertinent de s'interroger sur le positionnement de la démarche d'un « collectif », de chaque collectif, face aux enjeux politiques dans le champ de la thématique dont il prétend s'emparer : simple accompagnement de la réflexion commune ? Contre-pouvoir ? Pouvoir alternatif autonome ? Tout à la fois ? Avec ou sans risque ? Quelle incidence sur la vie démocratique ?

Que nul ne se méprenne sur l'intention de l'auteur. Je connais beaucoup de ces militants associatifs de base, engagés dans de multiples « causes », souvent au plus près des souffrances sociales réelles et il faut d'abord saluer la sincérité et le dévouement de tous ceux-là, qu'il m'est arrivé aussi de

soutenir et côtoyer. Mais j'en connais aussi de ces « engagés » revenus souvent aigris d'engagements antérieurs, pour m'interroger sur la cause et le sens du glissement d'une forme d'engagement vers une autre.

Il n'est pas évident d'admettre, dans une vision qui se voudrait a priori harmonieuse, que les deux mondes, politique et associatif, ne seraient que deux facettes complémentaires de l'engagement social. Il n'est pas démontré non plus que l'engagement associatif, comblant souvent des espaces laissés « vides » par le politique, soit lui-même politiquement neutre. Il est plus difficile

« Il n'est pas évident d'admettre que les deux mondes, politique et associatif ne seraient que deux facettes complémentaires de l'engagement social. »

encore de se satisfaire de l'hypothèse qu'il s'agirait d'une « autre forme d'engagement politique » ; il faudrait alors éluder une réalité qui voit coexister dans ce vivier humain souvent très riche en authentiques fraternités et disponibilités, une attitude politique élevant parfois l'abstentionnisme par exemple au rang de vertu, comme une suprême coquetterie intellectuelle qui vire à la schizophrénie intellectuelle, lorsque les mêmes qui œuvrent à corriger les « maux sociaux » s'accommodent de n'être pas intervenus pour en éviter la survenue. Ce constat ne s'applique pas à tous, loin s'en faut, mais peut concerner certains engagés alternatifs qui théorisent la « politique autrement » et forment parfois le noyau de certains collectifs.

Alors osons, sans prétendre donner leçon ou apporter des réponses, quelques questionnements qui sont autant de pistes de réflexion. Chacun pourra confronter cela à sa propre expérience ou celle de son entourage ; peut-être aussi porter un regard différent sur une « praxis » qui s'inscrit

nécessairement dans un champ politique, même lorsqu'elle revendique son autonomie :

- L'engagement dans l'action « collective » est-il une sublimation de l'engagement politique ? Ou est-il la résultante d'un désenchantement « du » politique ? L'acte narcissique ou altruiste de l'engagement peut-il s'autolégitimer jusqu'à occulter cette interrogation ?
- L'action collective peut-elle être « instrumentalisée » ? Comblant le vide d'un espace politique est un choix qui peut faire l'économie de la réflexion sur la cause de ce vide, ou au contraire s'accompagner de la dénonciation de ce vide. Combien de collectifs s'inscrivent de façon consciente dans l'une ou l'autre démarche ?
- Le « collectif » peut-il être une « fin en soi » comme un nouvel élément de la vie démocratique ? Doit-il attendre d'être considéré par le politique en soutien ou opposition à ses actions ? Peut-on faire du collectif dans l'indifférence au politique ?
- Le collectif peut-il parfois contribuer au « désenchantement démocratique » ? Peut-il favoriser la promotion des idées de ceux qui luttent contre la démocratie ? Quel lien entre le développement des collectifs et la désaffection des idéologies ?
- Le pragmatisme peut-il excuser la distance avec la réflexion politique ou philosophique ? Le collectif cacherait-il une forme d'individualisme ? Cacherait-il un simple substitut au politique ?
- Et si l'émiettement des causes soutenues par des milliers de collectifs confortait l'individualisme en neutralisant des solidarités plus larges ? Et si le pouvoir jouait de cette aubaine pour masquer son propre abandon des solidarités ?

Poser ces questions ne vise à décourager personne dans ses engagements individuels, mais seulement à élever d'un cran la réflexion qui précède l'action, en questionnant la réalité ou l'absence des incidences évoquées ici.

Dans un pays qui comporte plus de quarante mille associations, mais dont les choix politiques majoritaires sont ce qu'ils sont, la question peut sembler pertinente. Des milliers de citoyens, transformés en thérapeutes d'une société malade, tentent de traiter les effets en renonçant parfois à considérer les causes. Cela devrait nous interpeller, nous qui savons dans le champ de la santé humaine et sociale, l'importance de la prévention. ■

Le Collectif qui fait peur

Par peur d'une prise de conscience politique des citoyens, les nouvelles politiques de la ville refusent des subventions aux associations qui avaient choisi de travailler de façon collective, voilà ce que dénonce un médecin qui travaille en réseau avec une association d'habitants-relais.

Didier Ménard, médecin généraliste

Association
communautaire
Santé Bien-Etre
Cité de Francs-Moisins
93200 Saint-Denis

On ne peut pas travailler seul

C'est évident, l'exercice de la médecine générale, et des autres professionnels de santé dans un quartier qualifié de zone de relégation sociale, ne peut être solitaire. Il est plus confortable, et plus rassurant, de travailler en groupe. Le colloque singulier, qui reste la base, s'intègre à une réflexion collective par la formation, l'enseignement, l'éducation, la prévention. Cette pratique dans un cabinet de groupe où plusieurs médecins offrent à la population une médecine adaptée à ses besoins est à sauvegarder. Pour organiser la relève, on

montre aux jeunes médecins la dimension médico-psycho-sociale de la consultation de médecine générale, mais aussi comment elle conduit à poser la question politique du « faire ensemble ». Vouloir agir sur la cause de la maladie amène des médecins à défendre le principe du collectif, alors que les pouvoirs publics veulent leur imposer de ne faire que du suivi indivi-

duel. Poser ces questions permet aux futurs soignants de ces quartiers de comprendre le sens de leur engagement professionnel.

La souffrance est aussi sociale

Quand une souffrance s'exprime en consultation, le médecin recherche le dysfonctionnement de l'organe, puis du système d'organes, pour faire un diagnostic. Mais si l'organe ne souffre pas et que la souffrance est pourtant bien réelle, la cause est ailleurs. Décoder ce qui fait la maladie ouvre à d'autres champs de la santé. Des causes psychologiques, sociales, culturelles sont probables. Leur recherche fait partie du contrat implicite de l'offre de soins. Mais que faire du

problème identifié si ma compétence ne me permet pas de le résoudre ? On peut faire appel aux examens complémentaires, à l'avis du spécialiste... Il n'y a pas de scanner de la problématique sociale. Dans un quartier où règne la précarité, les gens peinent à accéder aux services sociaux ou psychologiques. Le processus de l'exclusion sociale est complexe et multiforme. Il faut aider la personne à retrouver l'estime d'elle-même, la convaincre qu'il n'y a pas de fatalisme à la souffrance sociale, pour faire valoir ses droits, et gagner son insertion sociale.

L'invention du travail en réseau

En 1992, nous avons créé à la cité des Francs-Moisins un réseau précarité : l'Association Communautaire Santé Bien-Etre (ACSBE) avec des professionnels du soin, des acteurs des associations de la cité, des institutions locales, des habitants. Des médiatrices, femmes du quartier, partageant l'histoire de la précarité sociale, ayant le savoir-faire de la relation d'aide, se sont formées aux savoirs du travail social. Elles accompagnent les personnes qui, par exclusion sociale, ne parviennent pas à faire valoir leurs droits. Elles les aident à reconquérir la dimension collective de leur vie, dans des actions : repas collectif, groupe de travail santé, activités culturelles, relaxation par la musicothérapie. Avec un réseau professionnel à l'intérieur et à l'extérieur de la cité, travaillant en coopération non hiérarchisée. L'ACSBE suit six cents personnes, a créé vingt emplois et emploie onze salariés à temps plein. Elle réalise de l'insertion par la création d'un nouveau métier, et la reconquête de droits sociaux pour l'accès aux soins. Une éducation sanitaire originale par un mélange de savoirs permet à l'expérience profane individuelle de contribuer à une expertise collective de la santé,

« Il n'existe pas de scanner de la problématique sociale. »

transposant les problématiques du soin dans une dimension communautaire.

Les directives politiques entravent le travail en réseau

Depuis 2002, la politique gouvernementale de la ville a changé. Chaque ministre fait son plan. L'ACSBE, comme toutes les associations de proximité, fonctionne avec des subventions. Le suivi individuel conjugué à l'action collective avait été encouragé par les pouvoirs publics. Ses innovations sont reprises dans la loi, comme les adultes-relais. Aujourd'hui, la politique privilégie le suivi individuel des personnes en exclusion sociale. Le travail de l'association est évalué au nombre de personnes entrées dans chaque case, sur une description du travail réalisé auprès de chaque ayant-droit d'une prestation sociale. Sans respect du secret professionnel. Avec le chantage : faites selon nos directives sinon pas de subventions... pour onze salaires tous les mois.

Pourquoi cette rupture ? Les institutions ne veulent plus financer le fonctionnement des associations de proximité, donc les salaires. Le salaire est assuré par un emploi aidé (emploi jeune, emploi tremplin, adulte-relais... emplois eux-mêmes précaires), complété par une marge issue du financement des actions. Si une institution ne subventionne plus une action, elle risque de provoquer un licenciement. Les institutions, autrefois conscientes de l'enjeu, parlent de « chantage aux licenciements » et assument le risque de pertes d'emplois. Les associations doivent devenir des « associations-entreprises » soumises à la concurrence des marchés ouverts aux entreprises privées, et sont des prestataires des politiques publiques.

L'action collective effraie les pouvoirs publics

Ce qui est collectif est perçu comme dangereux, s'il n'est pas encadré. La colère exprimée par les explosions de violence dans les quartiers risque de devenir révolte. Tant que la colère est liée à l'émotion (un accident mortel d'un jeune dans une collision avec une voiture de police), le risque qu'elle s'étende à l'ensemble de la population est contenu. Si les habitants de ces quartiers, grâce à l'action collective, mesurent le quotidien de leur oppression, leur revendication deviendra politique. Toute action qui réveille le collectif là où l'isolement des citoyens est la règle est dangereuse.

Par le Contrat Urbain de Cohésion Sociale, le Plan Régional de Santé Publique, l'Etat ne finance que le suivi individuel : aide aux enfants en échec scolaire, alphabétisation réduite au minimum pour comprendre le parcours d'insertion en France, insertion professionnelle des bénéficiaires des minima sociaux, Revenu Minimum d'Insertion à Allocation Parent Isolé. Pour la santé, prévention individuelle des conduites à risques. Si une association revendique un travail collectif pour permettre aux personnes malades d'être actrices de leur santé, elles risquent de comprendre que les inégalités de santé ne sont pas le fait du hasard. Et les soignants s'engagent dans un travail de dimension politique.

Le travail collectif questionne l'exercice de la médecine

En développant des réseaux précarité, nous mettons en question l'exercice de la médecine et l'organisation des soins. Là où les inégalités de santé sont les plus fortes, nous avons un point de vue sur la politique de santé publique, comme celle des Schémas Régionaux de Offre de Soins (SROS). Nous avons légitimité pour proposer des formes d'organisation de l'offre de soins adaptées à nos quartiers. Comme sortir du paiement à l'acte, qui ne permet pas une pratique médico-psycho-sociale. Les Maisons de Santé de Proximité suscitent l'intérêt des gestionnaires comme solution à la désertification des soignants avec sécurisation de l'exercice professionnel, et une meilleure organisation de la dispense des soins. C'est insuffisant. Une maison de santé dans un quartier en relégation sociale doit pouvoir développer des soins adaptés, une prévention efficace, une éducation à la santé pertinente, dans une démarche communautaire où les habitants ont une place, pour lutter collectivement contre le mal-être.

Il est difficile de concevoir l'exercice du soin dans ces quartiers autrement que collectivement. Or, à cause de contingences idéologiques, la politique de santé gouvernementale est en train de casser la volonté d'inventer une organisation de l'offre de soins basée sur une pratique collective de la santé. Car le collectif est toujours susceptible d'être subversif. ■

« Le collectif est perçu comme dangereux s'il n'est pas encadré. »

Les réseaux, pour quoi faire ?

Comme toute institution, les réseaux sont menacés de sclérose dès lors qu'ils sont reconnus, et pourtant, un médecin défend leur raison d'être : des lieux précieux pour réfléchir ensemble.

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

« Ici, tout fonctionne en réseau ? » Etonnement d'un étudiant en stage dans un cabinet de médecine générale de banlieue. Oui, on a toujours fonctionné en réseau, on envoie à tel spécialiste en qui on a confiance, à tel service dans tel hôpital où l'on connaît un correspondant. On recommande les pharmaciens, les infirmiers, les kinés... de son propre « réseau ».

Et puis, dans les années 1990, on a décidé de « créer » des réseaux, comme on crée une association, pour se regrouper et traiter des problèmes. Au début du Sida, les hôpitaux étaient débordés, les médecins de ville désarmés, et les patients en galère. Comment soigner quelqu'un qui a le Sida, qui est en manque de drogue, qui risque d'aller en prison et qui élève seul(e) des enfants... qui ne veut surtout pas aller à l'hôpital parce qu'il(elle) n'en connaît que les urgences pour les overdoses, et s'y sent comme en garde à vue... ?

On s'est réunis, on a appris à discuter de nos pratiques et de nos difficultés, à se faire confiance, hospitaliers et médecins de ville, à se faire aider par les infirmiers, les pharmaciens, les éducateurs, à s'allier avec les assistants sociaux, et à réfléchir aux besoins et à la liberté des patients. En plus de la coopération et de la formation, on a commencé à développer des actions, pour « transformer les mentalités ». Appeler les patients « usagers », envisager leurs priorités, leur proposer les soins, le dépistage, les examens sans jamais les leur imposer, se mettre à leur disposition à plusieurs pour trouver des solutions qui leur conviennent. C'est devenu un réflexe : « on va en parler au réseau », accepté avec enthousiasme par les jeunes médecins. D'autres réseaux sont nés, pour des situations où il est évident qu'il faut être plusieurs : le diabète, les personnes âgées, les femmes enceintes... Avec souvent le même mobile : les spécialistes seuls n'y arrivent plus, ils ont besoin des gens de la

ville... On voulait que ces outils restent : on a demandé de l'argent pour payer des secrétaires, des coordinateurs, des locaux, des actions... Comme leur rôle de soupape commençait à être reconnu, on a obtenu des fonds publics. Et aussi des contraintes, des comptes et de l'évaluation... Aujourd'hui, c'est contradictoire : les réseaux existent, ils nous sont utiles, on ne peut plus s'en passer. Mais leur fonctionnement n'est pas simple : dossiers à remplir, chartes à signer pour les patients, demandes de subvention à renouveler sans cesse... à tel point que l'on hésite parfois à les solliciter tant les démarches sont complexes. Et l'on se culpabilise de ne pas contribuer à prouver leur nécessité si l'on ne remplit pas les dossiers plus longs à faire que les consultations... D'une activité associative novatrice et enrichissante, on a fait des institutions lourdes et en même temps constamment menacées, qui sont utiles mais contraignantes, et qui parfois y perdent leur âme. « Votre patient aura accès au podologue si ses pieds sont de grade 2 ou 3... Vous trouverez l'échelle sur le site, avec votre mot de passe, et si vous avez fait le dossier informatique... Vous avez raté la formation sur les pieds ? Désolé, on n'en fait plus, les hospitaliers n'ont pas le temps... » Retour à la case départ, exit le collectif, restent des prestations de service aux codes d'accès impossibles. Mon patient ira chez le pédicure du coin, sur ses deniers, puisque je ne sais plus travailler en réseau... Avec ce réseau-là... mais il reste les autres, où l'on peut se rencontrer, préparer des séminaires de formation et aller causer aux jeunes dans les lycées, et qui répondent aux questions des patients en simplifiant les formalités... Précieuses organisations collectives où l'on sait réfléchir ensemble et chercher des solutions dans le respect de la liberté des gens, mais dont l'avenir n'est pas assuré... ■

Des malades bien silencieux

Pourquoi l'augmentation des dépenses qui demeurent à la charge des malades n'a pas encore conduit à une action collective forte ?

■ Pierre Volovitch, économiste

De plus en plus de dépenses demeurent à la charge des malades

Il y avait, depuis la création de la Sécu, le « ticket modérateur » pour « modérer » la consommation de ceux qui se gaveraient de médicaments si c'était gratuit. Dans les années 1980, Bérégovoy avait ajouté le « forfait hospitalier »¹. Ça s'était un peu calmé (encore que...) vers la fin du siècle dernier, et, au moment de la mise en place de la CMU, un accord assez large existait sur le fait que le « ticket modérateur » qui frappait de plein fouet les plus pauvres était en fait un « ticket d'exclusion ».

Cet accord n'a eu qu'un temps. Les médicaments à « service médical rendu insuffisant » n'ont pas été retirés de la vente, mais leur niveau de remboursement a été considérablement réduit². La réforme de 2004 a mis en place un forfait de 1 € sur les actes médicaux et paramédicaux qui doit rester à la charge des patients³, elle a supprimé la prise en charge à 100 % des actes pré et post opératoires, les écarts au « parcours de soins » qu'elle mettait en place sont désormais sanctionnés par une diminution du niveau de prise en charge⁴. La loi de finance pour la Sécurité sociale introduit une « franchise » sur les médicaments (0,50 € par boîte) et les transports (2 €)⁵. Et pendant ce temps là, le « forfait hospitalier » continue tranquillement à augmenter.

À ces « tickets modérateurs », « forfaits », « franchises » s'ajoutent les dépassements d'honoraires pratiqués de plus en plus fréquemment par les professionnels.

Face à ces transferts de dépenses sur le dos des malades, il y a des protestations, mais pas de mouvement collectif réellement significatif : pourquoi ? J'avance trois hypothèses.

Un accord large sur le fait qu'il y a des « abus »

Ceux qui veulent le savoir savent que les dépenses de santé sont très fortement concentrées sur un

petit nombre de personnes très malades, dont les dépenses sont déterminées par le fonctionnement du système de soin et non par leurs choix individuels. Qu'à l'inverse, les dépenses des patients qui font des choix (« nomadisme médical », médicament prescrit que l'on n'utilise pas...) représentent une part très faible de la dépense totale⁶. Ceux qui veulent le savoir savent aussi que les plus pauvres, loin de « sur-consommer » accèdent aux soins plus tardivement que les plus aisés.

Il n'empêche, nous savons tous que l'idée que les problèmes de financement de l'Assurance maladie seraient liés aux « radios faites en double », aux

.../...



.../...

« médicaments que l'on se fait rembourser, mais que l'on ne consomme pas », au fait que « les mamans vont trop vite voir le médecin dès qu'il y a un truc de travers » sont très largement répandus ⁷.

Et beaucoup de nos concitoyens, même parmi les plus solidaires, pensent que « si tout le monde faisait un petit effort », ça irait mieux.

Sur ce terrain-là, le discours sur « chacun doit faire un effort » s'il s'accompagne de la précision que « les plus pauvres seront protégés » passe facilement.

Les plus touchés sont les moins capables de se défendre

Cela passe d'autant mieux que, du fait de la concentration des dépenses rappelée plus haut, « l'effort » demandé va être réellement peu important pour une grande part de la population. Ceux qui vont en prendre plein les gencives sont, c'est la logique du transfert de charge sur les patients, les plus malades. Parmi ceux-ci, et heureusement pour eux, certains bénéficient de couvertures complémentaires qui vont prendre en charge tout ou partie de ce transfert de charge. Mais pour pouvoir bénéficier de ces couvertures complémentaires, il faut pouvoir se les payer. Au final, les populations touchées par ces transferts sur le dos des maladies sont peu nombreuses, plus malades, et plus pauvres. Un profil qui n'aide guère à la mobilisation collective.

Le quasi-silence des acteurs sociaux

Mais si les individus, parce qu'ils font face à la maladie et que c'est alors leur priorité, plus que l'action collective, ne peuvent réagir, ils pourraient être représentés par des acteurs collectifs ? La « base » syndicale est constituée de salariés en activité qui ne sont pas la partie de la population la plus touchée. Les priorités sont l'emploi, les salaires, pas les remboursements de soins.

Le parti socialiste, s'il est contre ce type de mesure quand il est dans l'opposition, n'a pas clairement montré, quand il était aux affaires, qu'il avait la volonté de mener un politique très différente ⁸.

Resterait la Mutualité (FNMF) en première ligne pour mesurer les effets de cette politique. Mais quel est le positionnement actuel de la mutualité ? Certaines mutuelles affirment haut et fort qu'elles sont, et veulent demeurer, des partenaires de l'Assurance maladie obligatoire. Et, militantes pour un haut niveau de prise en charge, elles veulent s'opposer au transfert de charges. Pendant le

«Ceux qui vont en prendre pleins les gencives sont les plus malades.»

même temps, d'autres mutuelles, et singulièrement la direction de la FNMF, ont accepté de se définir comme « complémentaires » et siègent, à ce titre, depuis 2004, dans un organisme qui regroupe mutuelles, institutions de prévoyance et assureurs commerciaux. L'objectif ici n'est plus de soutenir la Sécu, mais de « définir clairement » la ligne de

partage entre ce qui relève de la compétence de l'une (la Sécu) et des autres (les complémentaires), étant entendu que toute diminution de la prise en charge de la Sécu peut se lire comme une augmentation potentielle de chiffre d'affaires pour les complémentaires ⁹.

Voilà le paysage, il n'est pas gai. Les hypothèses sont sans aucun doute discutables. Pour le moment, elles permettent de rendre compte du fait que les seules « mobilisations collectives » sont, pour le moment, à l'initiative de militants d'associations de patients. Seule forme d'organisation de ceux qui sont, aujourd'hui, les plus touchés. ■

1. En se gobegeant à l'hôpital, les malades économisaient sur la nourriture et le chauffage. Il importait donc de leur faire payer cet hébergement.
2. Pour certains, il n'y a plus de remboursement. Les prix de ces médicaments désormais en « vente libre » ont été multipliés par 2, par 3...
3. Les bénéficiaires de la CMU en sont exemptés et le cumul annuel des forfaits est théoriquement plafonné à 50 € par an et par personne. Ce forfait était en 2004 plafonné à 1 € par jour, pour 2008 le plafonnement quotidien passe à 4 €.
4. Qui passe alors de 70 à 50 %.
5. Ici aussi, les bénéficiaires de la CMU sont exemptés et le cumul des « franchises » est théoriquement plafonné à 50 € par an et par personne. Mais évidemment, cela s'ajoute aux forfaits de 2004.
6. Une année donnée, 10 % des patients (les plus malades) sont à la source de 51 % des dépenses tandis que les 50 % des patients (les moins malades) sont à la source de 6 % de la dépense.
7. Bien sûr qu'il y a des radios faites en trop, des conditionnements de médicaments faits par les labos pour y gagner des sous, et des mamans trop inquiètes. Il y a des choses à améliorer. Mais ce n'est pas ici que se trouve la solution aux problèmes de financement de l'Assurance maladie.
8. Que certains responsables socialistes aient cette volonté ne fait aucun doute, mais prise par les « contraintes du pouvoir » que devient cette volonté ?
9. Pour le faire passer auprès de la base mutualiste il faudra habiller tout cela avec des idées de « gouvernance », de « complémentaire pour tous », de « parcours de soins mutualiste »... Pas très compliqué.

Collectif à intérêts privés

Généraliste, après cinq ans de remplacements, il a vissé sa plaque en 1981, pour une installation en libéral. Après plus de trente ans d'exercice, il n'envisage pas avec sérénité sa fin de carrière et beaucoup de questions se posent à lui.

■ **Philippe Lorrain**, médecin généraliste

Nos intérêts corporatistes de médecins sont-ils compatibles avec la dimension collective de nos missions ? Le cadre dans lequel j'exerce est celui de la convention médicale, nationale et opposable à l'ensemble des médecins libéraux. Lorsque je mis pour la première fois les pieds à la fac en 1970, la première convention nationale venait d'être signée : elle me parut « naturelle » et partie incontournable de mon futur exercice.

Je fais partie du corps médical, un collectif qui s'impose à moi, même si je n'en partage pas toutes les valeurs. J'ai découvert que celui-ci avait forgé son identité libérale en s'opposant d'abord avec toute idée de contractualisation avec l'Assurance maladie. En entrant, contraint, dans la convention « pour mieux la contrôler », il a alors fait de l'institution publique la garante du jeu de ses intérêts privés, sans souci du collectif.

Qu'est-ce que la santé ? Comment l'améliorer ? Quelle est la part, modeste, mais cependant réelle, de la médecine comme outil collectif au service de la santé de la population ? Le corps médical est très divers. La médecine hospitalo-universitaire est reine. Le modèle hospitalier, médecine d'organes, se duplique en ville. La médecine ambulatoire est, en quelques décennies, profondément transformée par l'explosion démographique des spécialistes. C'est aux spécialistes que la négociation conventionnelle fait la part belle : les écarts de revenus entre médecins l'attestent. Malgré des préambules de plus en plus dithyrambiques sur les « missions de santé publique des médecins », les conventions médicales successives restent de simples accords tarifaires : ils sont négociés âprement entre les syndicats médicaux majoritaires (au

premier rang la Confédération Syndicale des Médecins Français, CSMF) et les technocrates de l'Assurance maladie. Au fil des années, les possibilités de dépassement d'honoraires pour les spécialistes se multiplient.

On ne répond donc pas à la question posée : la convention médicale n'a jamais été, n'est pas et ne sera probablement jamais un « lieu » de débat entre les médecins et la population sur les problèmes de santé et la façon de les résoudre.

Pourquoi les représentants de la population acceptent-ils ces compromis conventionnels avec les médecins, alors qu'ils aboutissent à l'augmentation du reste à charge des malades ? Des syndicalistes, représentant les salariés cotisant à la Sécu, et des mutualistes, représentant les cotisants aux complémentaires siègent au Conseil d'administration de l'Assurance maladie. J'aimerais qu'ils répondent clairement.

Rappelons l'Option Médecin Référent, dans le cadre éphémère d'une convention spécifique à la médecine générale. Ce dispositif apportait, pour les médecins volontaires, des éléments concrets sous forme de rémunération forfaitaire, pour des actions de prévention et d'éducation sanitaire. En contrepartie, le strict respect des tarifs et la pratique systématique du tiers-payant favorisaient l'accès de la population aux soins. Petite ouverture vers la santé publique, je la jugeais insuffisante, mais elle a paru tellement intolérable aux idéologues de la médecine libérale qu'ils ont tout fait pour y mettre fin, y parvenant en 2004. Je n'ai pas vu les représentants des syndicats des salariés, ni les représentants mutualistes, lever, ne serait-ce que le petit doigt pour la défendre.

« La convention médicale n'a jamais été un "lieu" de débat entre les médecins et la population. »

.../...

.../... L'Assurance maladie est maintenant devenue un marché, largement ouvert aux assurances commerciales. Depuis 2004, les assurances commerciales sont officiellement entrées dans la « gouvernance » de l'Assurance maladie. La médecine est coûteuse. Quand il s'agit des comptes sociaux, on le lui reproche, on parle du trou de la Sécu et on met en place un tas de « plans » qui ne règlent rien sur le fond, mais augmentent continuellement le reste à charge des malades. Quand il s'agit du secteur commercial, on parle de gestion de risque : il

ne s'agit pas ici du risque encouru par la population de tomber malade, mais du risque financier que ne veut pas courir l'assureur. Alors les très malades, les vieux en particulier, ne sont plus assurables, ou à des tarifs qu'ils ne peuvent plus se permettre. Les autres, plus jeunes, plus actifs et peu malades sont invités à consommer, puisque, avec de « bons contrats », ils seront bien remboursés. Et les médecins ne sont probablement pas mécontents de cette population, pas trop malade, incitée à consommer : ce sont eux qui demandent à leurs patients s'ils ont une « bonne mutuelle » avant de les opérer à la clinique privée.

La loi de financement de la Sécurité sociale 2008 évoque des contrats individuels entre les acteurs de l'Assurance maladie et les médecins : fin de la convention médicale collective ?

Le contenu de ces contrats serait « évidemment » de bon sens : dépistage et prévention, coordination et continuité des soins, améliorer les pratiques, formation et information des professionnels...

« La pratique du tiers-payant favorisait l'accès de la population aux soins. »

Serait-ce la seule solution pour sortir du « collectif à intérêts privés » : des contrats individuels pour inciter au service de l'intérêt public ? Pourquoi tout cela n'est-il pas déjà inscrit dans la convention médicale ? Pourquoi avoir lâché l'Option Médecin Référent qui portait ce projet ? On utilise les bons mots pour faire croire qu'il s'agit de santé publique. Mais nulle part il n'est question d'une véritable démarche collective : partir de la recherche des besoins de la population locale, puis s'assurer ensuite que tout est mis en œuvre pour les satisfaire.

On sait que les opérateurs en assurance complémentaire sont prêts. Mais que seront ces contrats ? Quels seront les objectifs qui me seront fixés et dont dépendra ma rémunération ? Quel sera le poids de celui qui finance dans le choix des objectifs ?

Les médecins accusaient la Sécu de pratiquer un « rationnement » des soins. Ne pourraient-ils pas accuser les assureurs de sélectionner une population bonne à assurer, bonne à soigner ? Et ce sont nous, maintenant, les médecins, qu'ils veulent soumettre à un conventionnement sélectif : sur quels critères ? Historiquement opposés à la contractualisation avec l'Assurance maladie, n'aurons-nous pas intérêt à nous précipiter vers certains « bons contrats » individuels, avantageux pour nous ? Notre « éthique » sera-t-elle alors réduite à celle de l'assureur de notre patient ?

Aujourd'hui, j'hésite à repeindre la salle d'attente pour continuer à bien accueillir les patients du quartier. Je ne sais plus quel sens aurait cet effort, si n'importe lequel d'entre eux n'osait y entrer, s'en sentant indigne car incapable d'assumer la charge financière des soins. ■

Construire ensemble

Mais si l'individualisme est grandissant, tout n'est pas perdu d'avance, des actions collectives peuvent être pensées autrement. Des groupes comme Réseau Education Sans Frontières (RESF) ou Jeudi Noir valident notre hypothèse de départ. Le collectif peut avoir toujours une place, renforcée, revivifiée par de nouvelles formes d'être ensemble. Chacun à partir de sa propre situation singulière peut se regrouper avec d'autres. Des parents d'élèves et des enseignants défendent une conception républicaine de l'Ecole, autour de la défense des enfants menacés d'expulsion. Des jeunes étudiants en recherche de logement partagent les combats de personnes étrangères condamnées à vivre dans des squats ou des hôtels insalubres.

Mais ces actions communes requièrent d'analyser la différence des rapports de force entre citoyens et lobbies industriels. Ces derniers mettent des moyens énormes pour défendre leurs intérêts, aux dépens des conditions de vie et de santé de la population. Ce numéro invite à faire connaître le travail des lanceurs d'alerte qui incarnent ces actions collectives pour alors ensemble aider à un réveil citoyen. —

Antennes, non merci !

■ Sonia Gomar, habitante de Saint-Denis

Pour que le principe de précaution ne soit pas qu'une incantation.

Voilà deux ans, les habitants du couvent des ursulines à Saint-Denis apprennent que les opérateurs Orange et Bouygues Télécom ont obtenu l'autorisation d'installer des antennes relais encore plus puissantes qui pourront faire passer des ondes UMTS (ces dernières permettront aux enfants de capter à partir de leur portable encore plus d'images et pourquoi pas la télé pendant la récré ?). Il semble bien, en effet, que la population ciblée dans cette affaire soit la jeunesse. Les principales zones « irradiées » seront les écoles dont une à l'effectif pléthorique, sans parler des crèches et maternelles qui ne seront pas épargnées non plus. La mobilisation des habitants s'organise : réunions les soirs de semaine, confection de banderoles et accrochage d'un immeuble à l'autre le week-end. C'est rock'n roll, on a failli perdre quelques militants oubliant leur âge et prenant des risques pour hisser dans le vide des slogans alarmistes. Des collages, de nuit, font monter l'adrénaline chez des gens pour qui c'est le premier acte militant. Tout le monde part à la recherche d'infos dans les médias afin de préparer les argumentaires et l'on contacte les associations spécialisées notamment « Priartem »¹ et l'incontournable « Robin des Toits »². Pourtant, les chercheurs en médecine payés par les opérateurs disent qu'il n'y a aucun danger. D'autres, en revanche, affirment que les ondes électromagnétiques ont un effet sur tous les individus (des troubles du sommeil jusqu'aux conséquences très graves chez des enfants, dont la membrane de cerveau n'est pas définitivement constituée). Face aux incertitudes et à la multitude d'études contradictoires, la raison impose la mise en application du principe de précaution. Ce qui a changé : sous la pression, les élus locaux ont rejoint la population en lutte face à l'arrogance des opérateurs et rédigé la charte de l'environnement qui vaudra pour toute la communauté d'agglomération (huit villes). La ville de Paris a réussi à faire fléchir les opérateurs et limiter les émissions, la banlieue exige aussi un traitement respectueux. Il ne s'agit pas pour nous d'interdire le portable, mais nous refusons de courir des risques inutiles à des fins mercantiles. D'aucuns aimeraient y voir le combat des anciens contre les modernes, les « anciens » ne sont pas forcément ceux qu'on croît...

La France s'avère être le pays le plus permissif en matière d'émissions, ailleurs la rigueur via une stricte réglementation est de mise. Nous devons être considérés comme un peuple crédule, ne nous a-t-on pas fait croire que le nuage de Tchernobyl s'était arrêté à la frontière ? Le capital de confiance a pris du plomb dans l'aile depuis et fait grandir le besoin de démocratie. ■

1. www.priartem.com, www.criirem.org

2. www.robindestoits.org

Les fêtes les plus branchées de Paris !

■ **Natalia Calderón Beltrán**, étudiante colombienne en histoire et sciences politiques à la Sorbonne

À Paris, entre le restaurant où l'on mange dans le noir et les très chics « dîners en blanc » où des centaines de personnes vêtues en blanc investissent un endroit public, comme l'Arc de Triomphe l'année dernière, on aura tout vu.

J'habite cette incroyable et petite capitale, et inéluctablement tout cela ne me surprend plus. Mais si j'écris aujourd'hui, c'est pour vous parler de pratiques encore plus étonnantes.

Le convive ne peut être qu'un *vrai* parisien s'adonnant au sport local : la chasse à l'appart. Le jeudi matin à première heure, il court acheter le PAP (*De particulier à particulier* pour les non-initiés) et il constitue un dossier où le garant et le convive gagnent au moins chacun trois fois le montant du loyer, le soir il file à une visite, carnet de chèques et dossier sous le bras ; tous ne disent que du bien de cette chambre de bonne pourrie, et c'est à cet instant de très grande tension qu'une fête « débarque ».

Oui, une fête : des flûtes de champagne – avec du mousseux, de la musique et des ballons noirs. Le must. Le seul hic, c'est l'adresse : l'endroit n'est connu que quelques heures à l'avance. Ces réjouissances sont concoctées par le collectif Jeudi Noir¹ qui débusque les « meilleures offres » du PAP : 780 € pour 20 m², logements vétustes, services sexuels contre logement... Autant de prétextes pour s'y rendre en toute discrétion et au signal, déclencher une fête à la grande surprise du propriétaire et des candidats-locataires. Un détail ne saurait vous échapper : les ballons noirs ne rappellent que trop le cynisme de la célébration. La pratique montre, entre autres, que ces fêtes-boycotts permettent de se faire des amis et de pallier un autre problème parisien, la solitude. C'est de l'action sociale !

De fête en fête, Jeudi Noir et MACAQ² ont fini par inaugurer le « Ministère de la crise du logement »³, soit un bel immeuble haussmannien qu'ils ont « réquisitionné ». Rue de la Banque. Et là, je ne peux m'empêcher d'être admirative devant ces Parisiens qui allient subtilement l'amusement, la finesse, l'humour et la revendication politique pour dénoncer le déficit de l'offre locative, alors que des immeubles entiers restent vides ! Le « QG du Ministère » est donc devenu un espace de discussion pour les associations autour des questions de logement. Si la création du ministère a été relayée par les médias, c'est parce que les gens de Jeudi Noir ont compris que leur action doit être médiatique. Il faut dire qu'ils ont trouvé une façon très « branchée » (très parisienne) de militer. ■

1. www.jeudi-noir.org

2. Le Mouvement d'animation culturelle et artistique de quartier a un beau site www.macaq.org

3. <http://ministeredelacrisedulogement.org/>

Slam Alikoum

■ **Martine Lalande**, habitante de Saint-Denis

Vendredi soir au théâtre, c'est soirée slam. Le café culturel de Saint-Denis devient trop petit. Têtes blondes, brunes, noires, jeunes vieux et entre-deux, cheveux blancs de l'atelier d'écriture de la maison de retraite, et casquettes. Monte sur l'estrade qui a un texte. Qui rime, qui parle, qui coule, qui chante, qui déclame. Karim présente, plaisante. On applaudit avant, quand c'est très beau, on lève les mains vers le plafond. Petite Plume a dix ans, on ne la voit pas mais on l'entend, elle slame comme une grande femme. Nomade se noie de trop de mots, c'est long, on se lasse, alors gentiment l'assistance applaudit encore plus fort, et il termine. Voici Grand corps malade, Fabien ici, qui prend son tour, de sa voix grave : « la nuit, tous les crayons sont gris ». Et Rudy, l'école n'était pas pour lui, qui est de toutes les scènes, il slame tous les jours de la semaine. À la sortie sur le parvis, John Pucc' Chocolat, slameur et cinéaste, Jacky quand il était petit, reconnaît son instit'. Il l'invite : « la prochaine fois c'est toi qui slames... » ■

Face aux lobbies industriels, les alliances citoyennes

Corruption, instrumentalisation, asservissement... Un philosophe s'efforce de démonter le travail des lobbyistes qui, pour le compte des grands groupes privés, s'emploient à mettre la main sur les potentialités d'être collectif.

Entretien avec **Roger Lenglet**, philosophe

Roger Lenglet a publié notamment *Des lobbies contre la santé* (avec B. Topuz), Syros-Mutualité Française, 1998 ; *Profession corrupteur – La France de la corruption*, Éd. Jean-Claude Gawsewith, 2007 ; *Lobbying et santé*, Éd. Pascal-Mutualité Française, à paraître en 2008.

Pratiques : La santé, proche de l'intime et du corps, peut-elle refonder le sentiment de solidarité et le sens du collectif ?

Roger Lenglet : On voit bien la contradiction apparente entre la santé comme sphère de l'individuel et la possibilité d'en faire une source de « solidarité ». Premier paradoxe : notre santé relèverait de ce qui ne regarde pas les autres, tout en les intéressant à tout point de vue. La santé est au croisement de toutes les contradictions. Nous en sommes tous là, à l'endroit de la confiance, de l'imaginaire et du réel, du colloque plus ou moins singulier avec le médecin... mais aussi au carrefour des violences physiques ou mentales, des plaisirs, de la jouissance et du bien-être. Le corps fait l'addition de tout ce qui nous arrive. La santé est notre point le plus collectif et le plus individualisant.

La santé, surtout quand on la perd, nous ramène aux limites de notre corps. Descartes, qui cherchait les principes d'individuation les plus élémentaires, notait ça : mon corps m'empêche de me confondre avec les autres. Quand j'ai mal ou quand j'ai faim, c'est dans ce corps-là que je l'éprouve, pas dans le corps d'autrui. Le corps nous distingue, même s'il nous pousse aussi vers les autres. Sans lui, les consciences pourraient aisément se confondre dans les réflexions parta-

gées, les mythes, la contemplation des lois, la lecture... Cette individualité physique est notre condition involontaire, notre tragédie. La nature est solidaire au sens où elle rend les créatures interdépendantes dans la prédation, la sélection, etc., mais le vivant n'a pas trouvé mieux pour se reproduire que de multiplier les individualités, des corps qui doivent se débrouiller avec leur finitude, courir pour fuir ou attraper, rester avec le groupe ou s'en éloigner... Belle invention, mais d'une cruauté absolue. Souffrir et mourir, on peut toujours donner à cela une dimension collective, on peut inventer toutes les circulations qu'on veut, littéraires ou philosophiques, tous les ressentis supra individuels, c'est dans ce corps-là qu'on est meurtri et qu'on quitte les autres. En matière de santé, cette épreuve-là est assez centrale. Quelles que soient les sublimations, la tragédie humaine reste toujours cette tragédie animale. Quand autrui est malade et que je me porte comme un charme, je vois bien aussi la différence.

Du coup, refonder le sentiment de solidarité et le sens du collectif avec la santé oblige à revenir de loin. Mais les enjeux sont proportionnels à la difficulté : on jette un formidable défi au tragique lui-même. On retrouve la dimension première, il me semble, de la médecine : se battre contre la pire sanction et, faute de pouvoir la vaincre tout le temps, accompagner, prendre

soin de l'autre. Bref, faire le pont, ne pas laisser l'autre tomber dans le gouffre de la solitude et de la souffrance.

Le goût du collectif connaît-il des évolutions spécifiques en matière de santé ?

Oui, surtout avec la santé publique. En observant ce qui nous arrive à l'échelle collective et les risques actuels ou potentiels, on parvient à se représenter nos solidarités de fait et les actions collectives avantageuses. La vision de santé publique est une conquête formidable. En nous montrant l'être ensemble que nous formons à notre insu, elle tend à constituer un corps collectif. Grâce à elle, notamment à travers la toxicologie, l'épidémiologie ou la sociologie appliquée à la santé, j'apprends à lire dans mes atteintes ce qui me relie au collectif. J'y découvre aussi la sanction de mon manque d'engagement, de mon irresponsabilité... La santé publique est une brèche, une ouverture à la fois épistémologique (les sciences y trouvent des refondations) et politique. D'ailleurs, on voit bien que les chercheurs en santé publique apportent un savoir qui inquiète ceux qui tirent profit d'une vision individualisante de l'offre de soins ou du risque. La prévention, en particulier, pose toutes sortes de problèmes aux firmes qui prospèrent traditionnellement sur les maladies développées, et pour lesquelles ce qui n'est pas

traduisible en marché n'existe pas ou même risque de nuire aux intérêts des actionnaires.

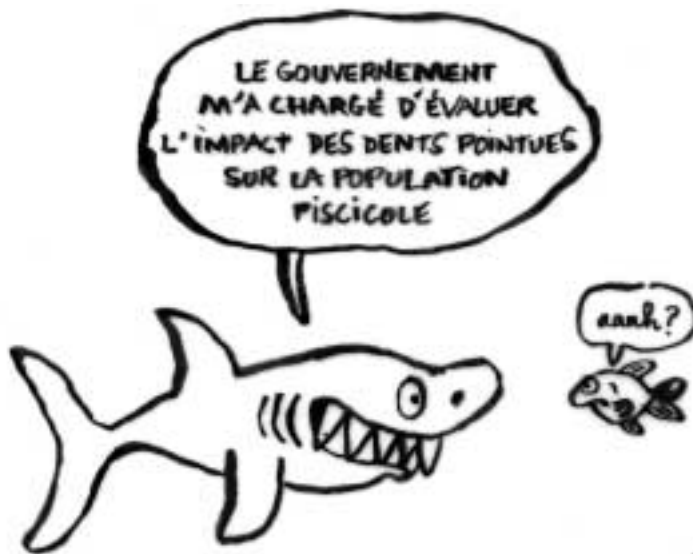
Aujourd'hui, les associations de patients s'appuient de plus en plus sur elle pour mobiliser, peser sur les décisions politiques et agir en justice. L'exemple de l'amiante est devenu le dossier phare à cet égard. Cette affaire a des retentissements dans tous les secteurs où le sens du collectif s'était désagrégé. Beaucoup de salariés ont aujourd'hui acquis les germes d'une lecture collective de la santé au travail, pour ne pas parler des médecins du travail eux-mêmes qui, ici et là, m'expriment parfois leur évolution personnelle depuis ce coup de tonnerre. Mais il faut rester conscient : la santé publique n'en est qu'à ses débuts et les tentations sont grandes de refermer les filières de formation ouvrant à ce champ. On le voit par exemple en toxicologie. Les industriels ne voulaient plus de ces chercheurs qui pointaient la toxicité de leurs produits et incitaient le public à réagir, les politiques eux-mêmes les redoutaient ; résultat, nous n'en avons presque plus en France. L'épidémiologie aussi embarrasse les grandes entreprises : les médecins du travail qui veulent s'y essayer sont écartés ou isolés, les recherches sont souvent phagocytées ou tout simplement stoppées. La vision

«L'expertise citoyenne en santé est appelée à remplir un grand rôle.»

.../...



.../... individualisée de la santé est moins dérangeante politiquement et économiquement. Reste bien sûr que la médecine a toujours en charge aussi des corps individuels, dont les maux présentent des singularités liées à leur histoire propre. L'idée que la santé puisse être envisagée dans sa perspective collective ou publique est très liée à notre capacité de penser la prévention, de lutter ensemble contre les dangers. L'avenir de la santé dépendra aussi de notre capacité à repenser ensemble l'offre de soins, notamment à travers les conférences de consensus, mais également à



travers les publications ouvrant le débat au grand public. L'expertise citoyenne en santé est appelée à remplir un grand rôle et elle est cultive le goût pour le collectif.

Il me semble que l'axe des évolutions les plus intéressantes devrait concerner ces deux pôles : la capacité de notre société à creuser la dimension individuelle de la santé et la dimension collective. Ce que la psychanalyse nous donne à penser reste à cet égard étonnant : on se plaint d'un côté qu'elle a donné à la personne le rôle décisif dans la cure (la parole singulière de l'analysant et sa propre histoire qui décident de l'évolution de son état) et, d'un autre côté, on se plaint de ses théories qui réduiraient notre intimité à des instances universelles comme les figures de la mère et du père, le désir polymorphe...

Bien entendu, les lobbies industriels de la santé joueront un rôle dans ces évolutions. Ils sont capables, en fonction de simples calculs financiers, de fabriquer tantôt de la représentation collective (campagnes de vaccination massive et actions commerciales soutenues par les pouvoirs publics), tantôt de la représentation individualisante (automédication, incitation à améliorer son propre capital santé en achetant tel ou tel alicament...). Nul besoin d'être visionnaire pour dire que l'ave-

nir de la santé se fera en creusant la voie individuelle et la voie collective, mais la seconde a beaucoup de chemin à rattraper et devra affronter une adversité (voire une perversité) grandissante à proportion de son développement. Toute l'histoire du lobbying, sur laquelle je travaille aujourd'hui, montre que les industries commercialisant des produits délétères, cancérigènes ou neurotoxiques se sont efforcées de freiner la recherche qui leur déplaisait, et souvent de corrompre les chercheurs et les diffuseurs d'information, ou de les instrumentaliser. Les cigarettiers et les alcooliers, les producteurs d'amiante, les firmes chimiques et pharmaceutiques, pour n'évoquer que ceux-là, ont jeté les bases du lobbying moderne, plus tactique, plus inventif, « généreux » financièrement, agissant directement sur les représentations symboliques et les aspirations au collectif pour les détourner à leur profit.

Avec le Sida, on a vu la nomination de responsables de santé pour des raisons politiques et pas des raisons sanitaires. Embrasser pour étouffer ? Comme les réseaux : le jour où ils sont intégrés, financés, reconnus, il n'y a plus de travail, mais des emplois...

H.

Les associations sur le Sida ont d'abord été très mobilisées en tant que contre-pouvoir, elles ont exercée des pressions formidables.

Le ministère de la Santé a adopté la stratégie d'intégrer une partie de ces militants dans le dispositif institutionnel. Certains ont cru conquérir du pouvoir, mais ils sont devenus fonctionnaires ou des partenaires dépendant financièrement de l'Etat. Le goût du collectif citoyen dont ils étaient porteurs s'est dilué dans la collectivité institutionnelle.

Si l'on veut résister aux instrumentalisation, la question qu'il faut oser poser est : qui finance ? Aujourd'hui, par exemple, les industriels du médicament subventionnent à tour de bras les associations. Ce n'est pas désintéressé. Les industriels de l'amiante, dans les années 1970, avaient elles-mêmes cherché des alliés chez les pneumologues qui dénonçaient les méfaits de leurs fibres. Ils ont vite été retournés. Ces industriels ont aussi financé la structure de veille sur les effets de l'amiante jusqu'en 1996, auxquelles participaient les associations traditionnelles, les syndicats et l'Etat. C'est comme si l'on avait confié aux cigarettiers la responsabilité de financer et dynamiser la veille sur la cancérogénicité du tabac... On peut penser aussi à l'Institut national de recherche et de sécurité, association loi de 1901, à travers laquelle les industriels de l'Union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM) et ceux de la chimie, entre autres, finançaient et contrôlaient les recherches

toxicologiques et épidémiologiques sur leurs propres produits. De sorte que ces recherches ne progressaient pas.

Autrement dit, tout collectif naissant est une proie pour les collectivités déjà constituées ?

Oui, quand ce collectif n'est pas tout simplement créé à l'initiative de ceux qui les asservissent. Les collectivités institutionnalisées développent le plus souvent des relations complaisantes avec les grands acteurs économiques et se laissent progressivement instrumentaliser par ces derniers.

Plus largement, les représentants de l'État se comportent comme s'ils incarnaient la seule forme de collectivité possible, celle de l'État. De même, eux et les grands groupes diffusent sans cesse l'idée qu'ils possèdent les « vrais scientifiques », les vraies compétences, les moyens de remédier aux problèmes... C'est un mensonge qui cache le plus souvent les dessous inavouables de la gestion des risques, une gestion où l'économique et les intérêts particuliers priment sur la santé publique.

Au niveau de la haute administration, l'État est lui-même très phagocyté par des industriels et leurs lobbyistes. Les grandes collectivités territoriales n'y échappent pas non plus. De plus en plus souvent, les laboratoires pharmaceutiques développent eux aussi une stratégie de financement des associations. Certaines d'entre elles ont dix à trente financiers industriels... Quand la proportion des subventions industrielles dans le budget d'une association dépasse 20 %, on ne peut plus s'en passer, et on entre dans une logique d'arrangement. Si un emploi repose sur une subvention, le souci de défendre l'intérêt professionnel se substitue à l'intérêt des victimes ou des adhérents. De fait, ces associations dont le sens était d'organiser du contre-pouvoir sont entrées dans une logique d'accompagnement ou de négociation. Et l'on voit des dirigeants associatifs qui ont dorénavant pour ennemi leurs propres adhérents. Adhérents qui demandent des comptes ou s'étonnent que l'association ne soit pas plus active...

Un parallèle s'impose : ce phénomène a déjà touché les grands syndicats depuis longtemps, ils se sont laissés piéger par les grosses entreprises et leurs lobbies, comme l'UIMM et d'autres branches du Medef qui « fluidifient » aussi les « relations sociales ». Les syndicats, initialement créés dans un esprit de collectivité pour défendre les intérêts des salariés, sont entrés dans un tel système de financement par les groupes privés et l'État, que le problème des confédérations n'est plus désormais l'employeur, mais les syndiqués ! Leur cotisation est devenue négligeable en comparaison des sources opaques. Leur souci n'est plus de défendre les intérêts des salariés, mais de préserver ces arrangements, c'est-à-dire leurs postes de permanents et leurs structures. Ceux qui débordent, qu'on ne

contrôle pas, qui s'engagent dans des grèves longues sont virés... Depuis la fin des années 1970, le nombre de professionnels du syndicalisme en France a été multiplié par cinq alors que, dans le même temps, le nombre des syndicats a été divisé par le même chiffre !

Ce taux est le plus faible d'Europe.

Aujourd'hui, seulement 5 à 8 % de nos salariés sont syndiqués. Les permanents ont perdu le contact avec le terrain, ils travaillent pour l'intérêt des fédérations et des confédérations. C'est l'un des plus gros scandales de la République.

Je travaille actuellement sur ce problème avec deux syndicalistes qui embarrassent leur confédération en mettant les pieds dans le plat. Nous écrivons un ouvrage sur le financement des syndicats par les entreprises ¹.

Le syndicat Sud fait exception ?

Sud est un syndicat qui se veut horizontal, en lien avec le terrain. Les syndicalistes de Sud savent ce qui est arrivé aux autres syndicats. Son principe est éloquent : c'est la base qui décide.

Les associations de patients commencent à faire l'objet de dérives qui ressemblent à celles des grands syndicats. Les financements les aliènent. Il faut que les têtes changent, ne pas professionnaliser. L'association France Alzheimer, par exemple, a été longtemps présidée par une professeure qui a défendu à l'Agence du médicament le dossier des médicaments contre cette maladie, alors qu'ils ne présentaient pas de rapport bénéfice-risque favorable selon la contre-expertise de la revue *Prescrire*. Comment cette association de victimes et de leurs familles adhérentes a-t-elle pu laisser la présidence à une personne qui était rémunérée par l'industrie pharmaceutique pour conduire ces recherches sur les médicaments et les défendre dans l'Agence chargée de les valider ? Le conflit d'intérêt est écrasant.

Les toxicologues Henri Pézerat et André Picot, qui ont alerté l'opinion sur les liens probables de l'aluminium dans l'eau du robinet et de très nombreux cas d'Alzheimer, ne sont toujours pas entendus par les autorités. Et l'équipe de l'Inserm qui avait montré des liens statistiques a été dissoute...

AIDES et Act Up ont obligé un corps professionnel obtus à s'ouvrir, faire autrement, avoir un autre point de vue.

Ces associations apportent une contre-expertise, une clarté sur les causes, les remèdes, une évaluation des risques et des précautions. Et un contre-pouvoir politique. C'est déjà beaucoup. Il faut prendre garde de ne pas se transformer en gestionnaires du risque aux côtés du politique. C'est le piège dans lequel sont tombés traditionnellement

« La question qu'il faut oser poser est : qui finance ? »

.../...

.../... les évaluateurs du risque, par exemple en matière d'exposition aux produits toxiques. Maintenant, on leur demande de ne pas créer de panique, de minimiser le bilan, de proposer des seuils qui ne sont pas trop coûteux pour les industriels... En santé publique, il n'y a pas de salut en dehors de la mobilisation citoyenne. Maintenir la qualité de l'outil associatif ou syndical, faire en sorte qu'il ne soit pas corrompu, voilà où il faut agir.

Comment une société génère des individualités porteuses de collectivités ?

Par l'injustice, car elle est quotidienne. Ceux qui en sont victimes transmettent à leurs enfants et à leurs proches la colère, l'indignation. Une partie de ce désir de révolte se transmet inconsciemment. Par cela on forme des héros, capables d'y aller, de tracer des voies, de mobiliser. Les expériences acquises au sein des associations, les combats menés donnent aussi envie d'essaimer. Et les héros ont la vertu de faire des émules.

L'action collective passe-t-elle par des héros ? Dans le réseau RESF, il n'y a pas de porte-parole, on veut qu'il y ait des milliers de héros.

A quoi marche l'être humain ? On a besoin de rire ensemble, mais aussi de se donner des buts qui nous rendent plus beaux aux yeux des autres. On a besoin aussi de modèles pour les incarner, quitte à les dépasser et à les critiquer. L'image de ceux qui résistent, qui ont du caractère donne leur expression au désir de révolte. Il faut des héros, comme Piaget à LIP. Spartacus, Caton, Jésus-Christ, José Bové, des lanceurs d'alerte courageux... Les héros sont faits pour qu'on n'oublie pas, pour qu'on en tire des leçons. L'erreur pour les leaders associatifs est de ne pas vouloir se laisser héroïser alors que la tendance populaire le réclame. On ne s'identifie pas à une masse anonyme dans la

durée, ni à une entité associative, il faut des modèles. L'héroïsation est différente du culte de la personnalité dont la crainte est

devenue une vraie phobie dans les milieux militants. Mais si les gens bien

se refusent à cela, ils laissent la place aux voyous qui, eux, n'hésitent pas à jouer les héros et à prendre toute la place. Les associations doivent jouer sur le terrain du symbolique, de l'imaginaire, au lieu de laisser les gens sans scrupule occuper ce terrain. La figure héroïque à laquelle on a envie

de ressembler doit trouver ses incarnations, sinon les gens se tourneront vers les pires, les usurpateurs qui ne manquent pas. En refusant de se laisser héroïser, ne serait-ce qu'un peu, on commet une erreur grave. Et l'humilité ne consiste pas à se cacher ou à fuir les médias.

Il existe aussi un inconscient social et économique qui peut donner envie d'aller jusqu'au sacrifice pour la collectivité et de lui rendre de l'énergie. Enfin, reste la question de la faculté d'indignation. Elle tend à s'émousser, y compris chez les professionnels de santé et les journalistes. C'est extrêmement dangereux. Chacun doit se soucier d'aiguiser la sienne.

Comment chaque collectif peut-il se relier à d'autres collectifs ?

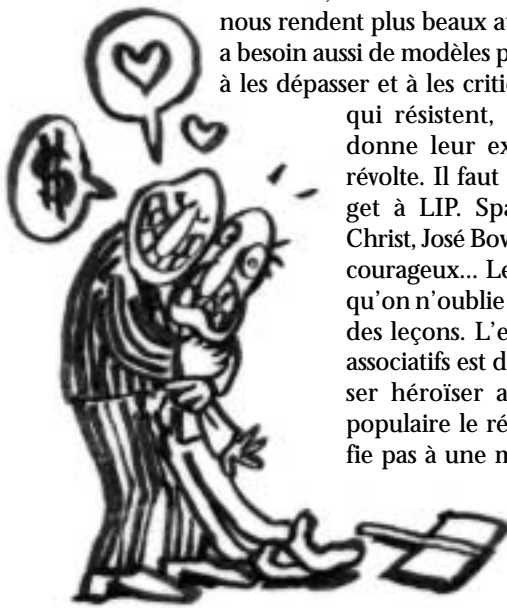
Les lobbyistes travaillent avec des principes guerriers simples : connais bien ton ennemi. Ils dégagent aussi des liens de stratégie possible entre les industriels, voire avec les autres acteurs sociaux, ils se réunissent autour d'un même combat ponctuel. Ils créent des entités plus ou moins éphémères, regroupées autour du même objectif. Par exemple, les industries du médicament s'allient avec d'autres industries pour obtenir une loi. C'est une énorme puissance. Les décideurs politiques n'y résistent pas. Les associations doivent aussi penser leurs liens, la transversalité entre elles, renforcer leur coordination, leur pouvoir en tant que groupe de pression. Chaque association de santé devrait avoir une réflexion approfondie et régulière sur le lobbying, répertorier les nouvelles entités ou lobbies créées par les industriels dans leur secteur et leurs méthodes, et les faire connaître à leurs adhérents.

Récemment, des associations qui travaillent sur le médicament se sont regroupées au sein d'un collectif européen du médicament, avec la revue *Prescrire*, la Mutualité Française et d'autres groupes. Ils ont obtenu des concessions sur la législation européenne des médicaments. C'est du lobbying associatif.

Enfin, face à « l'intelligence économique » et aux manipulations, il faut développer « l'intelligence éthique », pour reprendre l'expression de Séverine Tessier, présidente de l'association Anticor (qui lutte contre la corruption). Il faut connaître les armes utilisées par les autres, apprendre à s'y soustraire et à aiguiser ses propres vertus. ■

Propos recueillis par **Elisabeth Maurel-Arrighi, Anne Perraut-Soliveres, Martine Lalande et Marion Stalens**

1. *L'argent noir des syndicats*, éditions Fayard, sortie prévue en mai 2008.



Qui FINANCE ?

Protéger les lanceurs d'alerte

Des citoyens, des chercheurs, des salariés en procès pour avoir lancé l'alerte sur des risques menaçant l'environnement gagnent en justice et cela crée une jurisprudence.

■ **André Cicollela**, philosophe

« Un chercheur a non seulement le droit de communiquer, mais il en a aussi le devoir. » Par cette phrase, la procureure situait le véritable enjeu du procès qui se déroulait ce jeudi 31 janvier devant la 17^e chambre du Tribunal de Grande Instance de Paris. Pierre Meneton, chercheur Inserm spécialiste de l'hypertension, se retrouvait dans cette enceinte judiciaire suite à la plainte du Comité des Salines de France (CSF) pour complicité de diffamation. Le motif : avoir déclaré dans une interview au journal de consommation TOC 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 ». Le journal lui-même était poursuivi pour diffamation¹. Les preuves de cette affirmation sont pourtant nombreuses. La stratégie de l'industrie du sel vise, en effet, à entretenir, contre l'évidence, l'idée qu'il y aurait encore une incertitude scientifique sur l'impact sanitaire de l'excès de sel. Pour faire valoir ce point de vue, pourtant réfuté par tous les organismes publics dans le monde, elle rétribue certains scientifiques qui peuvent même réussir parfois à tenir la plume pour rédiger des avis officiels. Cela a été le cas dans l'affaire du sel. C'est en voyant un article dans la presse faisant état de ces pseudo divergences que, scandalisé de ce lobbying contraire à la santé publique, Pierre Meneton a commencé son combat en 1998. A la suite de cette action, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA) sera amenée à modifier son précédent avis pour recommander clairement une diminution de la consommation de sel. L'enjeu n'est pas mince. Si la consommation moyenne française de sel passait de 10 g/j à 6 g/j, cela se traduirait par une baisse des accidents vasculaires cérébraux de 22 % et des infarctus du myocarde de 16 %. Le sel est aussi impliqué dans le cancer de l'estomac. Le sel est donc une excellente illustration de la possi-

bilité de lutter contre les épidémies modernes de maladies chroniques en agissant sur les facteurs de risque. Pour ce faire, il faut déjà la volonté politique de s'opposer aux intérêts économiques, mais il faut aussi pouvoir s'appuyer sur une expertise fiable, indépendante des intérêts économiques. C'est tout l'enjeu du procès Meneton. Un chercheur doit pouvoir communiquer et mener ses recherches sans s'exposer à des représailles directes ou indirectes.

Une autre affaire emblématique d'actualité illustre cette nécessité : celle de Christian Vélot, enseignant-chercheur en génétique, victime de mesures de représailles en raison de son engagement anti-OGM.

Le droit d'alerte, c'est aussi plus largement un droit citoyen. Le cas de Véronique Lapidès en est une illustration. Présidente du Comité Vigilance Franklin, elle est à l'origine de l'alerte sur les cas de cancers de l'enfant survenus dans une école bâtie sur les anciennes friches industrielles Kodak. Elle est aujourd'hui poursuivie pour diffamation par le maire de Vincennes pour avoir fait état du refus de ce maire de donner suite à la proposition de dépollution du site faite par Kodak².

La jurisprudence commence à reconnaître la légitimité des lanceurs d'alerte. Deux ans auparavant, devant la même 17^e chambre où a comparu Pierre Meneton, se tenait le procès d'Etienne Cendrier, animateur de « Robin des Toits » et Antoine De Bièvre, journaliste au *Journal du Dimanche*, poursuivis par les opérateurs de téléphonie mobile, SFR et Orange respectivement, pour complicité de diffamation et pour diffamation. En cause, une interview du premier dans le journal du second. Le procès avait été gagné et apportait une nouvelle jurisprudence favorable aux lanceurs d'alerte.

André Cicollela est président-fondateur de la Fondation Sciences Citoyennes, auteur de *Alertes santé* avec Dorothee Benoit-Browaeyns (Editions Fayard, 2005) et du *Défi des épidémies modernes* (Editions La Découverte, 2007).

<http://sciencescitoyennes.org>

« La jurisprudence commence à reconnaître la légitimité des lanceurs d'alerte. »

.../...

.../...

En 2004, Maître Bernard Fau, avocat de Pierre Meneton, et à l'époque avocat d'Yves Védrenne, président du syndicat national d'apiculture obtenait devant le Tribunal de Grande Instance de Troyes la 1^{re} jurisprudence de protection du lanceur d'alerte citoyen. Yves Védrenne avait été accusé de « dénigrement fautif » le 31 juillet 2001, par la firme Bayer Crop Science pour avoir mis en cause l'insecticide Gaucho dans la dépopulation des ruches. Le tribunal avait débouté Bayer. « Ces interventions étaient destinées à provoquer la mise en place des mesures de nature à mettre fin

à ce phénomène catastrophique. Elles n'ont pas un caractère fautif dès lors que cette dénonciation n'est manifestement pas motivée par une intention de nuire à la firme et que les incertitudes sur le plan scientifique ne permettent pas d'exclure l'incidence du produit en cause et que la sévérité des propos reprochés

« On ne peut
séparer alerte
et expertise. »

est à la mesure de la gravité des phénomènes observés ». Jugement conforté un mois plus tard par celui de Mende dans une affaire similaire avec les mêmes protagonistes.

Plus ancienne, la première jurisprudence pour un chercheur est celle de la Cour d'appel de Nancy du 17 juin 1998, confirmée le 11 octobre 2000³ par la Cour de cassation. Marie-Angèle Hermitte, juriste au CNRS et spécialiste reconnue de l'alerte et de l'expertise, l'avait saluée comme un changement majeur⁴ : « Pour affirmer que le refus d'obéissance d'un cadre en désaccord avec sa direction sur la manière de traiter l'évaluation d'un risque pour la santé publique ne constituait pas une cause réelle et sérieuse de licenciement, la Cour d'appel a posé le principe, du « respect de l'indépendance due aux professionnels de la santé au travail »... L'arrêt du 11 octobre fait entrer dans ce schéma un tiers inattendu, le public dont il s'agit de protéger la santé. La liberté d'expression, qui eut pour ambition de permettre une « citoyenneté » tournée vers la défense des intérêts des travailleurs, est utilisée ici dans l'intérêt des tiers ; il

s'agit, en favorisant l'expression des conflits au sein de l'entreprise, de fragiliser la loi du silence qui unit les salariés et la direction, face au reste de la société.

Ces différentes jurisprudences convergent vers une loi de protection de l'alerte et de l'expertise. L'idée est défendue par la Fondation Sciences Citoyennes depuis sa création et elle commence à être entendue. L'objectif est à la fois une protection individuelle, comme il en existe dans les lois anglo-saxonnes, mais c'est aussi d'agir en amont, par une protection du processus d'expertise, car on ne peut séparer alerte et expertise. Comment mener une vraie politique de protection de l'environnement et de la santé, si on ne peut pas s'appuyer sur un système d'expertise fiable, si les chercheurs ou les citoyens qui osent s'opposer aux intérêts économiques sont susceptibles de se retrouver devant un tribunal ou mis hors d'état de pouvoir continuer leurs travaux faute de crédits, par exemple ? La pièce maîtresse de la loi est une Haute autorité administrative indépendante chargée de définir la déontologie de l'expertise et de la faire respecter, chargée aussi de protéger les chercheurs contre les pressions directes et indirectes, mais aussi les citoyens. Le Grenelle de l'Environnement a adopté le principe de cette loi à la quasi-unanimité, puis la mission Lepage en a fait une première traduction juridique dans la perspective de la loi post-Grenelle prévue au 2^e trimestre 2008, dont ce devrait être un axe majeur. ■

1. Le jugement aura été rendu le 13 mars 2008.

2. Le procès aura eu lieu le 14 mars 2008. Les pétitions de soutien sont sur le site <http://sciencescitoyennes.org/>

3. Il s'agit de l'affaire Cicolella/INRS. J'avais été licencié pour faute lourde pour insubordination, quinze jours avant un colloque international que j'organisais sur les risques liés aux éthers de glycol.

4. *Santé publique et droit du travail. La protection du lanceur d'alerte en droit français*, Marie-Angèle Hermitte et Marthe Torre-Schaub. <http://sciencescitoyennes.org/spip.php?article1409>

Europe et Médicament, la force du Collectif

Le Collectif Europe et Médicament s'est constitué en 2001 par le simple rapprochement d'associations de patients, de consommateurs, de soignants, de mutuelles, qui ont estimé qu'elles seraient plus fortes ensemble pour défendre la santé publique et l'intérêt des patients, face à certains projets inquiétants de la Commission européenne.

■ **Pierre Chirac**, rédacteur de la revue *Prescrire*, membre du Collectif Europe et Médicament

Un collectif réactif

Pour la Commission européenne, le médicament est un produit manufacturé, et donc il relève de ses prérogatives, et plus particulièrement de sa Direction Entreprises, laquelle applique les règles économiques et industrielles de base de l'Union : construction d'un marché unique, respect d'une concurrence libre et non faussée, soutien à la compétitivité, etc.

Ces préoccupations pro-industrielles ont pesé lourd dans les projets de 2001 de la Commission de faire évoluer une directive et un règlement fondamentaux de l'Europe du médicament. On trouvait notamment dans ces projets le raccourcissement du temps d'évaluation des nouveaux

proposition. Très vite, au-delà des premiers membres fondateurs, de multiples associations et collectifs de nombreux pays européens se sont joints au Collectif Europe et Médicament. Le Collectif a ainsi rapidement réuni plus de soixante associations : un réseau sans structure lourde de coordination, réunissant ses membres autour d'actions concrètes, et organisé pour réagir rapidement aux décisions des instances européennes.

europedumedicament@free.fr
www.prescrire.org

Défense de l'intérêt public

Les idées défendues par le Collectif Europe et Médicament ont trouvé un bon écho auprès de nombreux députés européens. Certains d'entre eux s'étonnèrent du discours porté par les représentants du Collectif Europe et Médicament : c'était la première fois qu'ils entendaient défendre l'intérêt public... Triste constatation en vérité ; mais quand la Commission européenne n'a pas de compte à rendre directement à la population européenne ; quand les lobbies les mieux organisés pour défendre leurs intérêts à Bruxelles sont des lobbies économiques ; quand les députés ont en pratique une faible marge de manœuvre en face de la Commission et du Conseil européen (gouvernements), et qu'ils ont un nombre considérable de textes à examiner, sur les sujets les plus variés... : toutes ces raisons ont fait que le Collectif Europe et Médicament, malgré ses moyens limités, a eu une influence réelle et a permis

« Quand la Commission européenne n'a pas de compte à rendre directement à la population. »

médicaments avant mise sur le marché, la suppression de la réévaluation quinquennale des autorisations de mise sur le marché, l'autorisation de la publicité grand public pour les médicaments de prescription, etc.

C'est en réaction à ces projets très préoccupants que des associations d'horizons divers ont décidé de s'allier, et que le Collectif Europe et Médicament s'est constitué en réseau d'analyses et de

.../...

.../...

d'importantes avancées par rapport aux projets initiaux de directive et règlement. Ainsi, exit le raccourcissement de l'évaluation des nouveaux médicaments, maintien de la réévaluation quinquennale des autorisations de mise sur le marché (AMM), maintien de l'interdiction de la publicité grand public pour les médicaments de prescription, etc. Sans oublier d'importantes avancées dans le domaine de la transparence des décisions des agences du médicament (européenne et nationale), qui limitent notamment les risques de décisions influencées par des conflits d'intérêts des personnels sollicités par les agences.

Le Collectif s'enracine

Après les avancées non négligeables obtenues sur ces deux textes fondamentaux, le Collectif Europe et Médicament allait-il se dissoudre, n'ayant plus d'objet ? Il parut évident aux membres du Collectif, au contraire, que les succès obtenus plaident pour que le Collectif se positionne sur tous les projets médicament de la Commission, en faisant si nécessaire des contre propositions, en lançant des alertes, en informant députés et membres des gouvernements sur des projets de la Commission, etc.

Ainsi le Collectif Europe et Médicament s'est-il positionné sur de nombreux sujets plus ou moins techniques au cours des dernières années : règlement sur les thérapies avancées, règlement sur les médicaments pédiatriques, projets de la Commission en terme d'information du grand public sur les médicaments, etc. Dans ces différentes actions, les succès ont peut-être été moins spectaculaires que lors des premières actions du Collectif Europe et Médicament ; mais les progrès ont été réels.

Il faut dire aussi que la Commission européenne est très peu sensible aux critiques, et qu'elle peut s'appuyer sur d'autres associations ou collectifs plus conciliants que le Collectif Europe et Médicament, notamment des groupes qui sont suffisamment proches

des industriels pour en accepter un financement.

Les forces du collectif

Participer à un collectif permet de faire plus, et mieux. Plus et mieux d'abord pour les membres du collectif, qui doivent apprendre à s'écouter, à voir les choses sous un autre angle, à hiérarchiser, à composer, etc. Sans bien sûr tomber dans un consensus minimaliste, et perdre de la force militante : on ne peut donc construire un collectif avec n'importe qui ! En tout cas l'expérience montre que patients, consommateurs, soignants et mutuelles partagent suffisamment de valeurs en

commun pour travailler ensemble et faire des propositions qui vont dans le sens de l'intérêt général. Un collectif, c'est également plus fort vis-à-vis de l'extérieur. La « représentativité » du Collectif Europe et Médicament, de par sa structure plurielle, est souvent appréciée. Le Collectif Europe et Médicament défend des valeurs qui ne peuvent être assimilées à des intérêts particuliers. À l'heure où cette notion n'est plus très en cours, où nombre de responsables politiques ne le défendent même plus, mais préfèrent le laisser au marché ou au mieux à des partenariats public-privé, l'initiative associative, notamment des collectifs, devient cruciale pour défendre l'intérêt public.

Un collectif... européen

Dans le domaine du médicament comme dans beaucoup d'autres domaines, les décisions ne se prennent plus aujourd'hui en France, mais en Europe, pour le meilleur et pour le pire. Or la société civile européenne est en retard considérable pour défendre ses valeurs devant la Commission, le Parlement et le Conseil européens, face aux groupes d'intérêts particuliers. Et la société civile non anglophone est encore plus en retard... Les combats associatifs ont changé de nature et de lieu. Aujourd'hui, sensibiliser la population française et démarcher les députés et sénateurs français à l'occasion d'une loi concernant la santé ou le médicament restent indispensables, mais insuffisants, car le cadre de discussion a souvent été fixé au préalable au niveau européen. La constitution de collectifs européens est indispensable pour mobiliser les opinions publiques européennes et faire des contre-propositions dont les députés européens pourront se saisir.

Encore du pain sur la planche

La Commission européenne a encore des projets très préoccupants dans ses cartons. Il en est ainsi de sa volonté indéfectible de permettre aux firmes pharmaceutiques de « communiquer » auprès du grand public sur les médicaments de prescription ; il en est ainsi aussi d'un projet de refonte de la pharmacovigilance européenne, en mettant les firmes au cœur de ce dispositif, tout en profitant de l'occasion pour affaiblir les conditions d'octroi des autorisations de mise sur le marché des nouveaux médicaments...

Les collectifs n'arriveront peut-être pas à faire reculer totalement la Commission sur ces sujets, mais il n'y a aucun espoir de progrès sans collectifs citoyens européens. Il faut donc se retrousser les manches... et pratiquer son anglais... mais c'est tellement encourageant et enrichissant de travailler ensemble d'horizons et de pays divers pour défendre l'intérêt public !

«Patients, consommateurs, soignants et mutuelles partagent suffisamment de valeurs en commun pour travailler ensemble.»

L'aménagement de l'espace : pour ou contre le collectif ?

Comment des espaces ordinaires, comme le logement pavillonnaire, le restaurant rapide et le bureau paysager déterminent les relations aux autres de ceux qui les investissent.

■ **Elisabeth Pélegrin-Genel**, architecte DPLG, psychologue du travail

Le rôle de l'espace est rarement questionné, car l'espace n'est pas un matériau tangible, une variable qu'on peut isoler ou mesurer objectivement. Son aménagement est toujours le fruit de compromis entre des logiques économiques, politiques, sociologiques, etc. qui se tissent à l'insu des usagers et parfois à l'insu même des concepteurs. Ses dimensions psychologiques, ses effets sur les personnes restent largement ignorés.

À défaut, on peut tenter d'en faire une lecture, de le décrypter pour mettre en évidence ce qu'il autorise et ce qu'il interdit, pour montrer son impact sur notre vie quotidienne et les tensions entre le collectif et l'individuel. Voici, par exemple, une courte promenade dans trois espaces ordinaires, la maison individuelle, le fast-food et le bureau paysager.

De la crainte du collectif au mythe du pavillon individuel

On pointe l'absence cruelle de logements à grand renfort de chiffres, mais on parle peu de l'habitat collectif, sauf de temps à autre, en montrant la destruction d'une tour ou d'une barre : une image toujours ambiguë de violence canalisée, où les habitants sont privés en quelques secondes d'une partie d'eux-mêmes.

Parallèlement, on encourage par diverses mesures financières, et un discours idéologique fort, la construction de pavillons de plus en plus éloignés du centre-ville, faute de foncier disponible et de politique urbaine volontaire.

À l'heure où chacun prend conscience des méfaits de l'étalement urbain, particulièrement

énergivore pour la planète et vorace en temps et en espace, c'est étonnant. Mais le plus surprenant, c'est l'assimilation, de façon totalement caricaturale, du logement collectif aux tours et aux barres honnies. Il serait responsable de tout le mal-vivre. A côté, on prône la tranquillité du « chacun chez soi », dans une maison à quatre faces, c'est-à-dire une construction sans murs mitoyens, dont on peut faire le tour, dans une sociabilité choisie.

Pourtant, est-ce qu'on choisit véritablement ses voisins quand on acquiert une maison dans un lotissement ? On s'engage pour vingt ou trente ans, auprès de personnes qui ont le même projet que soi. On recherche une certaine maîtrise de sa vie sociale et familiale et un nouveau mode de vie. Le pavillon, par définition, est un synonyme du mot « projet » et contient beaucoup de promesses qui verront le jour ou non (transformer le garage en chambre, aménager les combles, construire une véranda, etc.) alors que l'appartement est perçu, à juste titre, comme plus limité et moins propice aux rêves. L'image des espaces communs qui prolongent le logement change également.

Pourquoi une telle hantise des parties collectives ? Pourquoi se croiser sur un palier d'un immeuble est-il ressenti comme une contrainte individuelle, alors qu'apercevoir son voisin dans le jardin mitoyen de son pavillon n'engage à rien de spécial : on peut l'ignorer, lui adresser un signe de tête ou encore entamer une conversation par-dessus la haie. Dans le premier cas, on subit un espace commun au statut mal défini et parfois mal agencé, dans le deuxième cas, la certitude d'être

Dernier ouvrage publié :
Tours de bureaux,
collection 25,
les Éditions
du moniteur, 2007.

.../...

.../... dans son lieu privatif au statut clair, mais pas forcément mieux agencé, rassure et ouvre des possibles.

Le fast-food ou la gestion par la file d'attente

Mac Do, avec ses 30 000 implantations identiques et son aménagement soigneusement codifié, est probablement une des marques les mieux identifiées dans le monde. Inutile de décrire ce type de restaurant, donc.

Le concept est connu : un self-service rapide, avec des denrées faciles à emporter, ou à consommer sur place sans fourchette ni couteau, un choix restreint entre des aliments standardisés et calibrés, présentés dans des emballages jetables qui font office de vaisselle.

La particularité réside dans l'organisation originale du flux de production à partir du flux de clients¹. C'est la file d'attente qui commande ici. Face à une longue file, les équipiers accélèrent la cadence (un chronomètre est d'ailleurs intégré à la caisse). Le client impulse la chaîne, l'accélère

ou la ralentit, car la fabrication est immédiate, il n'y a pas de stock tampon. La préparation des commandes s'effectue sous le double regard du client et des autres coéquipiers. Le client non seulement contrôle toute le processus, mais il y participe activement : il compose son menu en faisant la queue, débite sa commande sans perdre une seconde, paye, assure le service en complé-

tant son plateau de serviettes ou de pailles, en cherchant une table vacante, et, cerise sur le gâteau, range avant de partir.

Pour que le système fonctionne, il faut un espace transparent, sans obstacle, où tout est visible, permettant une coordination efficace, quasiment sans parole, de tous, cuisinier, équipier, manager ou clients. Chacun connaît son rôle et le joue mécaniquement avec des comportements adéquats et en respectant, à la lettre, des prescriptions détaillées. On invoque l'hygiène et l'organisation pour justifier ce soin maniaque dans les aménagements. C'est à prendre ou à laisser, il n'y a aucune marge de manœuvre... Mais un grand art du turn-over qui concerne autant le salarié que le client.

On ne l'encourage pas à rester trop longtemps, cependant le cadre doit être suffisamment attractif pour ne pas l'écœurer définitivement. La rotation de la clientèle, gage de rentabilité, est organisée scientifiquement. Toutes les stratégies sont permises : sièges inconfortables, musique médiocre un peu trop forte, courants d'air, et si les clients s'attardent, un équipier s'empare d'une serpillière et nettoie quasiment sous leurs pieds ou encore change le sac poubelle situé à cinquante centimètres de leur table.

Le bureau paysager : favoriser la communication, mais en silence...

Né dans les années 1960, le bureau paysager est le fruit d'une réflexion originale sur les relations de travail et la communication qui se traduit par un bouleversement des espaces tertiaires. Les cloisons sont supprimées, chacun dispose d'un poste au sein d'un vaste plateau « paysager », c'est-à-dire noyé de verdure et d'arbres en pot. La place n'a plus rien à voir avec une position sur une grille hiérarchique, mais dépend de l'activité exercée. Les personnes sont regroupées pour mieux communiquer et échanger.

Ces beaux principes se sont effilochés avec les années : la surface s'est réduite, les plantes vertes ont quasiment disparu, car il s'agit désormais de mettre le plus de personnes possible sur un même lieu, sans se soucier de leur métier et de leurs besoins. Pourtant, cet aménagement est toujours censé favoriser la communication et les relations.

Dans la réalité, le bureau ouvert reste vivable si chacun se conduit comme s'il était dans une bibliothèque, immobile et absorbé, abîmé même dans un face-à-face silencieux avec son écran, se déplaçant discrètement pour rejoindre une salle de réunions s'il doit échanger quelques paroles avec ses collègues. Et on fait comme si les conversations téléphoniques n'existaient pas. Une représentation du travail qui n'a pas grand-chose à voir avec le quotidien. De fait, les échanges sont difficiles, et chacun prend sur lui et se contraint pour ne pas déranger les autres, tout en étant en permanence sous les regards et les oreilles de ses voisins (et réciproquement).

Deux attitudes sont possibles : la première est de tenter de s'abstraire de son cadre, par des attitudes corporelles (épaules voûtées, yeux rivées à l'écran) qui signifient : surtout ne me dérangez pas !

La deuxième est de prendre le bureau paysager comme une scène de théâtre et de faire son numéro. Bien sûr, l'entourage est un peu gêné par cette exhibition, mais paradoxalement, quand l'attention est focalisée sur l'un, les voisins immédiats retrouvent quelques marges d'intimité.

Des stratégies individuelles et souvent inconscientes qui viennent au secours d'un espace de travail qui n'assure plus la dimension collective du travail. Le collectif est ici mis à mal par l'aménagement même de l'espace.

En multipliant les promenades dans des lieux ordinaires, et en observant un peu plus attentivement son cadre quotidien, on découvre ainsi que l'espace n'est jamais neutre et qu'il a toujours quelque chose à dire sur notre société. ■

«Prendre le bureau paysager comme une scène de théâtre.»

1. Jean-Pierre Durand, *La chaîne invisible, travailler aujourd'hui, flux tendu et servitude volontaire*, Le Seuil, 2004.

Apprendre collectif à l'école

Et nos chères petites têtes blondes et brunes, à l'école, elles peuvent aussi « jouer collectif » avec plaisir.

■ **Nicole Civil-Ayats**, institutrice

« Et pour ma fille, qu'est-ce que vous allez faire ? »

Sous-entendu : Et pour ma fille qui sait déjà beaucoup de choses pour son âge, qui est très avancée, qu'allez-vous mettre en place en plus dans la classe, spécialement pour elle ?

Rien. Spécialement ? Rien.

Mais quel est ce groupe qui ne s'occupe pas de moi et rien que de moi ? Qui n'accepte pas que j'accapare tout de suite l'attention de la maîtresse parce que ma question est plus urgente que celle à laquelle elle répond ? Quel est ce groupe où il me faut de la patience, où il faut que j'attende un tour qui n'est pas souvent le mien le premier ?

Pour cette enfant et pour tous ceux qui, comme elle, sont déjà « dégourdis », pas de « plus », mais du différent : proposer des situations adaptées à ses connaissances, mais surtout développer sa conscience d'appartenir à un groupe.

Dans la classe, on parle de projets, on avance grâce au partage et à l'entraide. En petits groupes hétérogènes, on cherche, on discute, on essaie de convaincre, on compare ce qu'on sait et on apprend des choses qu'on ne savait pas. Toutes les entrées sont bonnes : une histoire entendue, un événement familial que l'un d'eux vient de raconter, une énigme mathématique à résoudre. Ecouter l'autre, c'est le respecter. Prendre la parole, oser, c'est accepter d'appartenir à une communauté d'individus qui vont partager, ou pas, ce qui est dit.

Et en CP, on apprend à lire. Pas tous au même rythme, pas tous de la même façon ; alors il faut aider les autres. Aider, pas faire à la place.

A travers le journal de classe, le collectif est premier. Il faut mettre au service de l'objet les idées, les compétences de chacun. Et quoi de plus collectif qu'un journal ? Décider des articles, débattre, s'écouter, convaincre, défendre ses idées dans le respect de celles des autres... Pas facile, mais le résultat est là : de la cohérence, de la cohésion et de l'intérêt.

Aujourd'hui, le projet de la classe, c'est le don de voix. Pour des enfants non ou mal voyants, les élèves vont lire les albums découverts en classe depuis la rentrée de septembre. C'est un projet fédérateur qui a rassemblé l'enthousiasme de tous. Ensemble, ils s'entraînent à la lecture, à l'intonation, à la prononciation, l'articulation, se reprennent les uns les autres, jouent les dialogues. Il y a aussi ceux qui ne veulent pas lire, mais qui encouragent, expliquent, guident la lecture des autres, prennent des notes – succinctes, on est en CP – pour retenir les indications données et ne rien oublier. Qui aime cette histoire et veut la lire, qui se réserve pour une autre, qui encore préfère la manipulation du matériel. Grâce à ce projet, aucun enfant n'est laissé sur le bord de la route, chacun avec ses compétences participe au collectif.

Et le collectif y gagne : des liens se créent, des complicités, le projet sort de l'école, on en parle dans les familles, on s'intéresse. Puis, quand on se retrouve en classe, on a l'impression qu'on est un groupe soudé, même si chacun garde ses spécificités. Les élèves découvrent que les avis ne sont pas toujours unanimes, mais que les individus qui composent le groupe sont pas en danger. Que le groupe est source de plaisir et de satisfaction. Un jour, un élève m'a dit : « C'est bien de le faire tous ensemble, on dirait qu'on est tous de la même famille et qu'on fait un cadeau à un de nos cousins ! » Et un autre de renchérir : « On dirait une chorale ». Une chorale, où chacun doit chanter suffisamment fort pour qu'on l'entende, mais pas trop pour ne pas étouffer les autres, belle métaphore pour une représentation du collectif.

Et puis, en fin de journée, il y a ce moment que j'aime beaucoup et qui est aussi très attendu par les élèves : la lecture d'une histoire. Tous les soirs, je leur lis un chapitre du *Petit Prince* de Saint-Exupéry et ce moment où toute la classe est là, devant moi, une et trente à la fois... ■

Penser ensemble pour inventer

Une infirmière et chercheuse en sciences de l'éducation participe à un groupe de recherche universitaire adaptée aux problématiques des praticiens, basée sur une formation à l'écoute et à la mise en commun des expériences.

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

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

Un collectif de recherche peut se révéler enfermant et stérilisant s'il est entaché du pouvoir des dogmes de toute nature. Il peut cependant se révéler un puissant révélateur de la pensée individuelle par la richesse de la confrontation des idées et aboutir à un savoir commun élaboré dans la confiance.

Ma première expérience du collectif de recherche n'avait pas été à la hauteur de mes attentes. Déçue par le contenu théorique de ma formation d'infirmière, en décalage avec les difficultés rencontrées dans la pratique, je m'étais tournée vers une formation universitaire espérant y trouver ce qui me manquait. L'année de ma licence en Sciences de l'Éducation, il était proposé des groupes thématiques de recherche supposés nous sensibiliser au partage des expériences. J'optai pour un de ces groupes espérant ainsi échapper à la solitude face à la complexité du parcours universitaire. Je m'engageai sans réserve dans ce travail à trois qui s'est très vite révélé individuel... J'ai fini par rédiger seule un travail qui fut validé pour nous trois... Par la suite, je participai à quelques séminaires où chacun défendait sa propre « chapelle » et effectuait une lecture univoque des propos des autres. J'en demeurai longtemps convaincue que le travail de groupe m'empêchait de trouver ma propre voie, en me détournant de mon objectif de trouver une méthode de recherche qui me permettrait de questionner les faits « de l'intérieur ». Ma posture singulière de praticien-chercheur – je questionne l'univers des infirmières dans lequel je suis moi-même impliquée – semblait susciter l'intérêt des autres étudiants, mais leurs remarques m'obligeaient à m'arquebouter sur des positions défensives qui me laissaient le sentiment désagréable de n'avoir jamais bien exprimé ma pensée. Je passerai sur le groupe de cadres infirmiers à l'hôpital où « la démocratie » faisait taire toute voix non conforme aux attendus de la fonction.

Lorsque ma directrice de recherche me proposa d'intégrer un séminaire informel dans lequel quelques doctorants, pour la plupart déjà engagés dans la vie professionnelle, s'interrogeaient sur la manière d'adapter les méthodes de recherche universitaire à leurs problématiques de praticiens, j'acceptai sans grande illusion. Il me fallut plusieurs rencontres avant de me sentir gagnée par une écoute mutuelle et une spontanéité dont je n'avais aucune idée, largement initiée par ma directrice de recherche qui participait à ces rencontres.

Cette démarche originale, rare au sein de l'université, s'attache à rendre lisibles les concepts sous-jacents des pratiques professionnelles sans jamais perdre le contact avec la « vraie vie ». Composé de neuf praticiens-chercheurs – les conseillers d'orientation, assistante sociale, formateurs, enseignants universitaires et infirmière, ont, depuis dix-sept ans de rencontres mensuelles, quasiment tous soutenu leur thèse –, le groupe s'est structuré autour d'une démarche clinique de recherche s'appuyant sur l'expérience. Son fonctionnement est exemplaire d'une entreprise collective, dans laquelle chacun avance à son rythme, dans sa propre problématique tout en bénéficiant des questionnements et avancées des autres. La spécificité de ce travail, par rapport à une démarche de type analytique, réside dans le fait que le groupe ne fonctionne pas seulement en miroir, renvoyant ce qui est interprété des images produites par chacun, mais comme suscitant la parole, l'augmentant de l'expérience de chacun des participants faisant à leur tour écho. Ce sont ces échos, faisant écho, qui constituent l'originalité de la méthode. Il s'agit d'éléments différents dont le fondement serait le même, ou devenu le même par une création commune dont le but est de repérer et nommer la sensation d'un vide que nous ressentons non seulement

dans nos propres recherches, mais également dans nos univers professionnels. Les approches singulières, les champs disparates, les multiples rapports au savoir et les expériences personnelles sont autant de richesses sur lesquelles nous ne voulions pas faire l'impasse tout en cherchant ce qui pouvait faire communauté. Les membres du groupe auraient du mal, aujourd'hui, à dire qui a dit quoi, tellement chaque parole, même si elle reconnaissable, est liée à d'autres paroles, elles-mêmes suscitées. C'est ce fondu qui donne la richesse de l'expérience, qui la rend unique et précieuse dans une convivialité qui ne s'est jamais démentie.

Ce que je dis, repris par l'autre, est enrichi non seulement de la parole de cet autre, mais me fait penser toujours plus loin, comme il fait penser chacun des autres. Imaginons un fleuve alimenté par quelques affluents qui le constituent et le nourrissent. Son cours est continu, son débit inégal, influencé par les événements climatiques alimentant chacun des éléments. Nul ne saurait reconnaître ce qui appartient à chacun des affluents dans le fleuve, pourtant chacun continue à avoir une vie propre liée à son environnement. Les idées se mêlent, se fréquentent, se précisent devant l'incompréhension, se développent sous la pression contradictoire d'une interprétation différente. Pourtant, entendre toutes ces voix ne revient pas à les intégrer ni à les faire siennes, chacun garde et affirme sa particularité qui se nourrit du collectif en même temps qu'elle le nourrit. Il y a un cheminement commun, mais nos routes restent différentes.

Cette expérience fondatrice d'un mode dialogique de recherche s'est doublée d'une formation à l'écoute. C'est en prenant conscience de ma propre surdité à ce que d'autres entendaient (et vice versa) que j'ai pu entrevoir ce qu'on nomme les « points aveugles » de la recherche, et que j'ai compris qu'il ne suffisait pas de le vouloir pour devenir capable d'entendre la réalité des autres. L'explicitation obligée, le développement de la pensée sous la pression amicale des autres, d'affinement en reformulation, libère petit à petit l'intuition du contrôle d'une rationalisation castratrice. Il s'agit, dans cette recherche à plusieurs voix, de se laisser gagner par la passion des autres pour le même objet, sans jamais renoncer à son

entrée particulière. C'est cette confrontation bienveillante qui nous pousse à explorer ce qui n'est souvent d'emblée que vague intuition, résonance, avant d'être bricolé, raisonné, jusqu'au prochain écho qui poussera un peu plus loin ou nous mènera ailleurs. Cette formation à l'écoute dans une perspective de recherche s'est révélée une aide précieuse dans mon propre fonctionnement professionnel, ce qui a contribué à rapprocher encore davantage ces deux pans de mon activité. L'enrichissement mutuel de mes deux problématiques, de cadre infirmier et de chercheur, est ainsi mon bénéfice personnel de cette recherche commune. La mise en commun de nos intuitions, leur expérimentation, débarrassée du conflit d'intérêt qui empêche si souvent d'avancer, peut se faire sans se soumettre à des règles qui contraindraient à renoncer *a priori* aux disharmonies.

«Rendre lisibles les concepts sous-jacents des pratiques professionnelles sans jamais perdre le contact avec la "vraie vie" .»

J'ai trouvé dans ces moments de travail partagé quelque chose qui ressemble à mon expérience de la nuit : dans cette pensée qui se laisse aller, dans ses rebondissements incessants entrecoupés de rires et de grignotages (ces séances se déroulent à l'heure où d'autres « honnêtes gens » dînent). Les retours écrits permettent de mesurer les enseignements tirés par l'auteur, de mieux comprendre les enjeux de chacun et de stimuler d'autres rebondissements à distance de nos rencontres. Mes propres difficultés à alterner le travail à l'hôpital et le travail universitaire paralysant souvent mes efforts solitaires, s'estompent aussitôt dans mes rencontres avec le groupe.

Je peux dire aujourd'hui que le groupe a joué comme un révélateur de mon originalité, qu'il m'a donné la confiance nécessaire pour affronter l'adversité, et que j'en ai tiré une capacité d'analyse sans laquelle ma démarche individuelle n'aurait pas été aussi libre. ■

La mémoire sur le mur

Des enfants victimes de la guerre civile peuvent se reconstruire autour d'un travail collectif, alliant réalisation artistique, prise de conscience et mémoire. Tel est le pari d'une association d'éducation populaire au Guatemala.

■ **Natalia Calderón Beltrán**, étudiante colombienne en histoire et sciences politiques à la Sorbonne

Que faire pour des enfants qui subissent le poids des guerres ou qui se retrouvent dans la rue ? Telle est une question cruciale qui se pose aujourd'hui, notamment en Amérique latine.

Au-delà d'un regard apitoyé, comment considérer ces enfants victimes de la guerre ? On table sur leur capacité d'oubli immense, pour faire fi du passé d'horreur et de misère... L'oubli est un réflexe légitime. Mais cet échappatoire ne nous garantit pas que ce vécu, restant dans l'inconscient, ne continue à faire mal et peut-être à nuire davantage... Oublier devient irresponsable, la violence reste inscrite dans la mémoire de chaque corps, et pour en finir avec la guerre, il faut guérir chacun de ces corps, un par un, des expériences violentes si singulières et pourtant, appartenant toutes à un même conflit.

En Amérique centrale, l'association « Fils et filles du Guatemala » travaille avec des fils et filles de victimes « directes » de la guerre civile qui a ensanglanté le pays pendant les années 1980. Leur devise est claire : il faut « réparer, pardonner, et jamais oublier ». Le travail d'éducation se fait grâce à la réalisation d'un mural dont l'arrière-plan représente des tapisseries propres à la région, une histoire commune composée des histoires singulières de chaque enfant, et ainsi, on retisse un passé collectif. Dans cette mémoire partagée, matérialisée par le mur, peut-être se sentent-ils moins seuls face à l'horreur et la violence. Le travail collectif est le cœur de cette pédagogie, aussi bien dans la réflexion que la réalisation du mural. Et pourtant, leur travail du mural n'est pas un atelier de peinture. Il s'agit véritablement d'un travail de mémoire où ils doivent éviter deux écueils : préserver une mémoire collective et éviter de construire une épopée qui les figerait dans un

statut de victime. Ici, on s'approprie sa propre histoire et on construit une mémoire commune, loin des mémoires politiquement correctes, que souvent veut imposer l'establishment. Même l'Histoire ne peut pas se substituer à la mémoire des acteurs. Histoire et Mémoire cheminent main dans la main par deux sentiers distincts : l'une vers la connaissance, l'autre vers la réappropriation. La preuve de la difficulté de cette tâche est que, dans des associations organisées sur le même modèle que « Hijos et Hijas de Guatemala », la cascade s'est inversée : ils ne pardonnent pas parce qu'il n'y a pas de réparation, mais gardent le « ne jamais oublier »... ils ne deviennent que les garants d'une rancune, alors qu'ils étaient les moteurs de dynamiques nouvelles. C'est pour cela qu'il est urgent que ces processus de prise de conscience aillent de pair avec des stratégies de reconnaissance de tous les acteurs, victimes et bourreaux par les gouvernements et l'opinion publique. Les gouvernements ne peuvent être en marge de processus de réparation, comme c'est souvent la tentation d'associations autogestionnaires qui ont perdu – souvent avec raison, il faut le dire – la confiance dans les instances publiques. Je pense particulièrement au processus de démobilisation des paramilitaires en Colombie qui manque de véritables espaces de reconnaissance du statut pour les victimes. Plus que des thérapies de groupe, c'est véritablement un autre type d'éducation globale que ce type d'associations est en train de favoriser... C'est la construction de la mémoire du groupe par les propres acteurs, où l'on apprend que dans les guerres civiles, les victimes peuvent s'approprier la mémoire du conflit. Encore faut-il que le mouvement soit relayé par les médias... ■

Un réseau citoyen contre l'expulsion des enfants

A l'initiative d'enseignants et de défenseurs des Droits de l'Homme, un réseau informel, sans hiérarchie, se mobilise et s'amplifie, pour défendre les enfants sans-papiers et leurs familles menacés d'expulsion.

■ **Pierre Cordelier**, Réseau Éducation Sans Frontières

« [...] *Je suis convaincu
que le silence,
face au mal,
fait du témoin
un complice...* »

Adam Michnik
(lettre de la prison
de Barzewo, 1986)

Le Réseau Éducation Sans Frontières (RESF) a été créé le 26 juin 2004, à l'initiative d'enseignants syndicalistes et de défenseurs des Droits de l'Homme et des immigrés, dans le cadre de la lutte des sans-papiers, sur la question des jeunes majeurs...

Avec pour buts, d'abord, de révéler ce que nous considérons comme un scandale national : les expulsions partout en France de jeunes étrangers entrés sur le territoire après l'âge de 13 ans, parfois après un vécu dramatique, accueillis dans nos écoles, devenus des sans-papiers à leur majorité avec pour cadeau d'anniversaire une IQT (invitation (sic) à quitter le territoire) délivrée par la préfecture de police, suivie d'un APRF (arrêté préfectoral de reconduite à la frontière) s'ils avaient la malchance d'être piégés lors d'un contrôle. Et de créer autour d'eux, à partir de la communauté scolaire, des comités de soutien, pour obtenir leur régularisation.

Rapidement, nous avons été rejoints par des gens de toute sorte. D'autant plus quand la police est venue chercher des enfants dans les écoles, maternelles et primaires, voire au centre aéré, pour les emmener en CRA¹, ces « horreurs de la République » comme le disait justement le rapport Mermaz en 2001. Ces signaux d'alarme forts appellent

à la mobilisation. A l'expulsion des jeunes majeurs s'ajoutent les cas des enfants et de leurs familles.

Nous avons fait le pari d'attirer dans ce réseau plus largement que les militants habituels solidaires des sans-papiers. Pari gagné : rejoignaient RESF des enseignants, des parents d'élèves, les élèves solidaires de leurs copains menacés, des membres d'associations, des syndicalistes des transports (RATP, SNCF, Air France), des élus, des artistes, des citoyens, dont beaucoup ne s'étaient jusqu'ici pas ou peu intéressés à la question des sans-papiers, qui découvraient, stupéfaits et indignés, des situations qu'ils ne soupçonnaient pas possibles dans un Etat démocratique. Et si l'émotion était au départ, parce que des enfants, des jeunes et leurs familles sont en danger, pour beaucoup elle a conduit à la prise de conscience que la politique mise en actes aujourd'hui est inhumaine et liberticide, inacceptable.

En 1997, un film réalisé par un collectif de cinéastes contre la loi Debré interpellait le pays. À l'écran, Madjiguène Cissé, porte-parole des sans-papiers de Saint-Bernard, disait en quelques phrases le drame vécu par les sans-papiers, avec des mots simples et vrais : travail, peine, titre de séjour, police, peur, contrôles au faciès, arbitraire, humiliation, souffrance, rétention, prison... expulsion ou régularisation. « Nous ne sommes pas des clandestins, nous apparaissions au grand jour ». Madjiguène, belle, grave, disait la dignité des sans-papiers, et de leur combat.

Onze ans plus tard, un autre film *Laissez-les grandir ici !* interpelle à nouveau le pays. Ici, des enfants, des adolescents, qui parlent. Beaux, graves et

RESF,

c/o EDMP

8, impasse Crozatier

75012 Paris

Tél. 01 43 43 48 09

09 54 04 13 21

resf.crozatier@free.fr

.../...

.../... dignes comme l'était Madjiguène. Ils nous disent, avec les mêmes mots simples et forts ce qu'est leur vie, ici, au quotidien : l'incertitude, le malaise, la peur... peur d'être séparés des parents, peur d'être rejetés, arrachés de leur école, peur de l'avenir... mais aussi l'espoir. Et ils nous donnent une belle leçon de dignité et de courage. Ce très beau document, à diffuser partout, permet de mieux comprendre les souffrances de ces enfants et l'injustice...

« Un parent ne rentre pas le soir du travail, expulsé. »

Les petits captent, confusément, sans pouvoir mettre des mots, que quelque chose ne va pas, les angoisses des parents, la précarité de leur existence. Ils grandissent avec un sentiment de peur diffuse, de malaise, qui n'est pas sans conséquence sur leur santé, leur éducation, leur insertion sociale, d'une façon générale sur leur construction. S'élabore un sentiment de non-droit à avoir et à être. Pourquoi moi ? Pourquoi ma famille ?

Les plus grands n'ont pas l'air, dans la frime de leur âge, mais ils ont peur, ils culpabilisent et souvent, ils ont honte, en mésestime de soi, comme s'ils étaient responsables. Injustice fondamentale. C'est la vie banale des enfants, petits et grands, de sans-papiers.

Moins banale, la violence de l'Etat. La police vient à l'école pour les prendre. Certains se cachent, sont cachés. Des parents se retrouvent piégés, arrêtés, en répondant à une simple convocation. L'extrême violence, physique et verbale, des arrestations à six heures du matin, porte cassée, cris, parents menottés, brutalisés devant leurs enfants. Les familles sont séparées, détruites, un parent ne rentre pas le soir du travail, expulsé². Cassure brutale, rupture d'avenir. Ces actes d'une violence inouïe entraînent pour tous des traumatismes psychologiques graves et des séquelles.

Nous voulons leur régularisation, d'abord. Et nous voulons aussi adresser à ces gamins et jeunes majeurs sans-papiers un message réparateur, pour balayer les peurs, rétablir l'estime en soi et la confiance dans la société. Puissent ces enfants grandir, ces jeunes devenir adultes en gardant dans leur mémoire que des gens de ce pays, le leur, n'ont pas accepté la situation injuste qui leur était faite et les ont entourés de leur solidarité.

RESF rassemble des gens de toute sorte, d'opinions politiques, philosophiques diverses, réunis sur la base du respect des droits fondamentaux, droit à l'éducation, droit de vivre en famille, droit de vivre tranquillement comme chacun en a le droit. Des gens qui se mobilisent non pas dans une nouvelle organisation, mais dans un réseau, informel, sans appareil, sans hiérarchie où chacun fait selon ses moyens, ses compétences, ses disponibilités. Un réseau soutenu par 221 organisations à ce jour.

Depuis juin 2004, la mobilisation n'a cessé de s'amplifier, avec la circulaire du 31 octobre 2005 qui suspendait les expulsions des familles ayant des enfants scolarisés jusqu'à la fin de l'année scolaire, annonçant de fait des milliers d'expulsions pour l'été, puis la circulaire du 13 juin 2006, prévoyant la régularisation sur critères de familles, qui fut une tromperie. En 2005 on lançait la pétition « Nous les prenons sous notre protection »³. Le 30 juin 2006, le sursis accordé aux élèves sans-papiers et à leurs parents tombera. Des milliers d'enfants, de jeunes et leurs familles risquent l'expulsion en masse, verront leur avenir et leur vie même anéantis. Nous ne laisserons pas commettre ces infamies en notre nom. Nous leur apporterons notre soutien, notre parrainage, notre protection. S'ils nous demandent asile, nous ne leur fermerons pas notre porte, nous les hébergerons et les nourrirons, nous ne les dénoncerons pas à la police.



En 2006, la pétition « Laissez-les grandir ici ! »⁴ a recueilli 132 548 signatures. Nous sommes des enfants de sans-papiers. Un sans-papier, c'est quelqu'un qui n'a pas de carte de séjour, même s'il est en France depuis longtemps. Comme beaucoup d'entre vous, nos parents sont venus d'ailleurs, fuyant la violence, la misère. Ils sont venus pour travailler et nous donner une vie meilleure. Avec ou sans papiers, la France est notre pays.

En 2008, cela continue : traque des sans-papiers, répression des délinquants de la solidarité. RESF appelle à s'engager avec le « Manifeste des Innombrables »⁵ contre l'article de loi qui punit de prison l'aide aux sans-papiers : « Toute personne qui aura, par aide directe ou indirecte, facilité ou tenté de faciliter l'entrée, la circulation ou le séjour irréguliers, d'un étranger en France sera punie d'un emprisonnement de cinq ans et d'une amende de 30 000 €. »⁶ Aujourd'hui, l'ex-ministre de l'Intérieur est devenu président, son ami le ministre de l'Immigration et de l'Identité nationale agissent « sans état d'âme, aucun ». Les rafles et arrestations multipliées, le tri honteux au faciès, qui renvoient à des souvenirs non moins honteux, renforcent cette mobilisation.

Une société se perd en supportant l'inacceptable⁷. Notre réaction collective, massive, ne peut se réduire à la défense des victimes, car les politiques répressives à l'égard des migrants créent aussi des victimes indirectes. Nous-mêmes, nos enfants. Que s'inflige une société en laissant faire ? Notre société peut-elle sortir indemne des rafles et des expulsions ? Faudra-t-il attendre, comme pour d'autres périodes de l'Histoire, que ce soient les historiens et autres spécialistes qui révèlent 30, 40, 50 ans après, les dégâts causés par de tels actes sur toute une population ? Ne nous habituons pas. Il ne faut plus entendre cette terrible interrogation

des enfants : « Est-ce que c'est normal d'avoir peur quand on va à l'école ? »

Ce qui se passe dans ce pays est indigne. RESF a bientôt quatre ans. Plus de trois ans de lutte ininterrompue, ponctuée de réussites, de répit obtenus, d'échecs aussi. Nous continuons à refuser catégoriquement cette politique, nous restons une force de résistance crédible et une force de vigilance active. Nous sommes partout, des milliers, dans les innombrables comités locaux qui existent maintenant sur tout le territoire (il en pousse comme des champignons dès qu'une affaire surgit) rassemblés à partir de la communauté scolaire, profs, élèves, parents, associations, élus et citoyens, qui voulons que ce pays devienne ce qu'il prétend être : celui des Droits de l'Homme, du respect des droits fondamentaux de chacun.

C'est ce formidable mouvement, engendré par la création de RESF, qui montre que c'est encore possible que l'inacceptable devienne insupportable. À RESF, le mot d'ordre quotidien est « On continue ». ■

1. CRA : centre de rétention administrative.

2. Voir sur le site RESF, de multiples exemples de ces infamies : www.educationsansfrontieres.org

3. Pour signer la pétition : <http://www.educationsansfrontieres.org/spip.php?article24>

4. Pour signer la pétition : <http://www.educationsansfrontieres.org/spip.php?article4633>

5. Pour signer le « Manifeste des Innombrables » : <http://www.educationsansfrontieres.org/spip.php?article9936>

6. Article L622-1 Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)

7. Alerte de santé publique : « Notre société peut-elle sortir indemne de l'expulsion d'enfants de sans-papiers ? » <http://www.educationsansfrontieres.org/spip.php?article5313>

Pour commander un DVD, pour voir le film <http://www.educationsansfrontieres.org/spip.php?article4633>



Des pistes pour agir ensemble

Indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique

Association Mieux Prescrire anime la revue *Prescrire* : www.prescrire.org

Collectif Europe et médicaments collectif d'associations pour informer et agir sur la législation européenne concernant le médicament : www.prescrire.org/aLaUne/dossierEuropeCollectif.php

Formindep pour une formation et une information médicale au service des seuls professionnels de santé et des patients : www.formindep.org

Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) association de formation médicale continue indépendante pour et par des médecins généralistes : www.unimedia.fr/homepage/sftg

Associations d'usagers, de malades, et de soignants dans le domaine du soin et de l'accès aux soins

Act-Up association de défense des malades du VIH/SIDA pour qui cette épidémie est politique. Fonctionnement collectif, prise en main de l'information-formation par ses membres : www.actupparis.org

Aides une des plus importantes associations européennes de lutte contre le VIH/sida : www.aides.org

Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) (1996) 25 associations de malades et handicapés, consommateurs et familles, défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé : www.leciss.org – 0810 04 333.

Fédération des Malades et Hospitalisés regroupe des maisons d'accueil, les représente auprès des services publics, semi-publics et privés : www.hebergement-famillesdemalades.org

Association des Paralysés de France ouverte à tous les handicapés et leur famille : www.apf.asso.fr

Collectif contre les franchises regroupant usagers et soignants, pour l'accès aux soins de qualité et à la santé pour tous, avec une pétition en cours de signature : www.contre-les-franchises.org

Comité de Médecins Généralistes pour l'Amélioration de l'Accès aux Soins (CoMeGAS)

Médecins du monde : www.medecinsdumonde.org

Médecins sans frontières (MSF) : www.msf.fr

Syndicat de la Médecine Générale (SMG) regroupement de médecins généralistes, de soignants et de membres associés défendant une conception du soin qui prend en compte l'articulation entre soins, santé et politique : www.smg-pratiques.info

Union Syndicale de la Psychiatrie ouverte à tous psychiatres et psychiatres en formation, d'exercice public, privé ou associatif, se propose une réflexion et une intervention critiques dans le champ de la santé mentale : www.uspsy.fr

Soin Étude et Recherche en PSYchiatrie (Serpsy) : www.serpsy.org

Santé Sud développe les contacts entre médecins généralistes des pays du Nord et du Sud par compagnonnage, formation continue, actions-recherches : www.santesud.org

G&T 59/62 « Nouvelles Pratiques en MG » regroupe des généralistes confrontés aux pratiques addictives : gt-nord@nordnet.fr

Associations de soutien aux personnes immigrées

Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés (GISTI) droit des étrangers (permanences juridiques gratuites, publications et formations) : www.gisti.org

Fédération des Associations de Solidarité avec les Travailleurs Immigrés (FASTI) : www.fasti.org

Comité Médical pour les Exilés (COMEDE) pour promouvoir la santé des exilés en France. Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire : www.comede.org

Migration santé Alsace a pour objet de promouvoir la santé des populations migrantes et de leurs familles : www.migrations-sante-alsace.org

Association santé-migrants de Loire-Atlantique (ASAMLA) interprétariat et médiation entre immigrés et professionnels de la santé ou équipements sociaux, éducatifs, culturels des quartiers : www.rezocitoyen.org/imprub.php?id_rubrique=31

Association Primo Levi soins et soutien aux victimes de la torture et de la violence politique : www.primolevi.asso.fr

Santé des femmes

Coordination d'associations pour le droit à l'avortement et à la contraception (La CADAC) : www.cadac.org

Mouvement Français pour le Planning Familial droit et information/contraception, avortement, sexualité femmes et des couples, femmes victimes de violences : mfpf@planning-familial.org

Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception (ANCIC) : www.ancic.asso.fr

Santé, environnement et travail

Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante (ANDEVA) : <http://andeva.fr>

Fondation Sciences Citoyennes pour promouvoir et protéger l'action des lanceurs d'alerte : <http://sciencescitoyennes.org>

Robin des Toits : www.robindestoits.org
alerte sur les dangers pour la santé ondes électromagnétiques, ainsi que le Criirem : www.criirem.org

UFC-Que choisir/santé association pour défendre les intérêts de consommateurs (revue sur abonnement) *Que choisir-santé* : www.quechoisir.org

Fédération des accidentés du travail et handicapés (FNATH) : www.fnath.org

Association santé et médecine du travail réflexions collectives et publications de médecins du travail, études sur la nuisibilité du travail sur la santé : www.a-smt.org

Collectif des médecins du travail de Bourg-en-Bresse

ALERT association de praticiens et syndicalistes autour des nuisances environnementales et de travail : <http://andeva.free.fr/andeva/alert.htm>

HARS association de réflexion et de soutien sur le harcèlement et pressions morales au travail : <http://rhmt.free.fr/hars.htm>

Comité Contre l'Esclavage Moderne : www.esclavagemoderne.org

Libertés publiques, logement, justice

Comité pour l'application du Droit Au Logement (DAL) lutte aux côtés de multiples associations pour le relogement de personnes expulsées et interpelle l'État : www.globenet.org/dal

Jeudi Noir jeunes qui interpellent les pouvoirs publics sur le logement par des actions médiatiques : www.jeudi-noir.org

CLEJ collectif de lutte contre les dénis de justice : clej@syndicat-magistrature.org

Syndicat de la Magistrature syndicat de professionnels de la justice défendant la notion de justice accessible à tous, face à des choix politiques actuels qui renforcent l'État pénal : www.syndicat-magistrature.org

Association Pas de 0 de conduite pour les enfants de moins de 3 ans pétition contre la loi de prévention de la délinquance : www.pasde0deconduite.ras.eu.org

Droits Et Libertés face à l'Informatisation de la Société (DELIS) soutient les initiatives pour le retrait du logiciel de fichage, notamment des enfants en milieu scolaire : www.delis.sgdg.org

Génétique et Liberté identifie les enjeux éthiques, juridiques, sociaux et politiques des biotechnologies : www.genetique-et-liberte.asso.fr

Collectif « rétention de sûreté » appel contre la loi sur la Rétention de sûreté : www.contrelaretentiondesurete.fr

Observatoire International des Prisons pour le respect de la dignité des personnes détenues : www.oip.org

Associations d'usagers défendant une vision politique solidaire du soin

Fondation Copernic apporte un éclairage critique et alternatif des questions sociales (droit du travail, constitution européenne, réforme de l'Assurance maladie, lois sécuritaires) : www.fondation-copernic.org

États Généraux de la santé et de l'Assurance maladie (EGSAM) pour défendre l'Assurance maladie solidaire : egsam@yahoogroupes.fr

La Santé n'est pas une marchandise appel d'associations et de syndicats dans les domaines de la santé, de l'accueil des étrangers et de l'insertion sociale : www.loi1901.com/association/la_sante_n_est_pas_une_marchandise.php

Liste non exhaustive, d'autres associations œuvrent en faveur d'un changement dans les conditions du soin, de santé et de vie.



magda zine

Recette gouvernementale pour saborder l'Assurance maladie

■ Marie Kayser, médecin généraliste

D'abord un peu de poudre aux yeux

Mettre en place des États Généraux de l'Organisation de la Santé¹ : rôle pivot de la médecine générale, coordination, maisons de santé pluridisciplinaires, autres modes de rémunération... Autant d'ingrédients de qualité jusque-là remisés au fond du placard. Faire semblant de les mettre, certains les trouveraient trop épicés !

Ensuite un tour de passe-passe pour l'hôpital

Suivre le rapport Larcher² : regrouper les établissements hospitaliers publics, donner tout pouvoir à leurs directeurs, modifier leur statut pour le rapprocher du privé, supprimer le code des marchés publics, embaucher sous statut de droit privé avec intéressement du personnel et rémunérations à la performance pour les médecins.

Prendre la place de chef cuisinier

S'appuyer sur les rapports² du député UMP Yves Bur et du préfet Ritter. Mettre en place des Agences Régionales de Santé regroupant toutes les missions d'organisation du système de santé : soins de ville, hôpital, santé publique, secteur médico-social, formations sanitaires et sociales... Les coiffer d'une structure nationale. Reléguer ainsi les Caisses d'Assurance maladie au rôle de guichet de

remboursement (leur laisser quand même la régulation des dépenses ?).

Mettre de côté la recette solidaire

Pourquoi les plus riches, qui ont le pouvoir, paieraient-ils pour les plus pauvres, qui en plus sont plus malades ? Poursuivre dans la lignée des franchises. Mettre en place un « panier de soins » limitatif. Supprimer la prise en charge à 100 % pour les Affections de Longue Durée. Mettre en place un bouclier dit « sanitaire ». Séparer soins et dépendance en créant une caisse spécifique dépendance. Conseiller à chacun de se payer une assurance complémentaire selon ses moyens.

Servir le plat : loi de « modernisation » de la santé après l'été, Loi de Financement de la Sécurité Sociale à l'automne. Passer ensuite au plat suivant : mettre en concurrence complète l'Assurance maladie et les assurances privées...

À moins que les citoyens ne se réveillent avant l'indigestion fatale. —

1. Les États généraux se poursuivent pendant le 1^{er} trimestre 2008.
2. Les conclusions officielles des différents rapports sont attendues avant l'été.

Nouvelles franchises sur les soins

Votees par les députés et sénateurs, leur montant est fixé par décret, elles s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2008.

Il s'agit de nouvelles sommes non remboursées par l'Assurance maladie

Comme les franchises précédentes, elles concernent tous les assurés sociaux : sauf les femmes enceintes (à partir du 6^e mois), les enfants de moins de 16 ans et les patients bénéficiaires de la CMU. Elles s'appliquent donc aux patients en Affection de Longue Durée (ALD) en accident du travail et en maladie professionnelle.

Elles concernent :

- les remboursements de tous les médicaments : 0,50 € par boîte, sans aucun plafonnement journalier ;
- les actes paramédicaux : infirmiers, kinés, orthoptistes, orthophonistes, pédicures : 0,50 € par acte (par ex. pour un passage infirmier le même jour : 0,50 pour l'injection, 0,50 pour le pansement, 0,50 pour la toilette...) plafonné à 2 € par jour et par professionnel ;
- les transports sanitaires : 2 € par trajet plafonné à 4 € par jour.

Le plafond annuel de ces nouvelles franchises est de 50 € par assuré.

Elles s'ajoutent aux franchises votées en août 2004 et dont le plafond a été augmenté en juillet 2007 :

- 1 € par acte médical (consultations de généralistes et spécialistes) plafonné à 4 € par jour ;
- 1 € par acte de radiologie plafonné à 4 € par jours ;
- 1 € par acte de biologie (c'est-à-dire par ligne d'examen : ex : glycémie : 1 €, bilan lipidique : 1 €) plafonné à 4 € par jour.

Le plafond annuel des premières franchises étant de 50 € par assuré, cela fait 100 € par an pour l'ensemble de ces franchises. En sachant qu'elles s'ajoutent aux autres dépenses non remboursées par l'Assurance maladie, dont le montant s'élevait déjà en 2004 à 400 € par assuré.

Flexisécurité ?

Sylvie Lagabriele, juriste

« Un vrai pas vers la flexisécurité à la française », ont cru pouvoir se féliciter certains, après l'accord intervenu le 11 janvier dernier entre les partenaires sociaux et ratifié côté salariés par la CFDT, FO, la CFTC et la CGC, la CGT seule s'y étant refusée.

Est-ce si sûr ? Ceux qui l'ont ratifié insistent sur la réitération du principe selon lequel le contrat à durée indéterminée (CDI) est la « forme normale et générale du contrat de travail », les contrats à durée déterminée (CDD) et contrats de travail temporaires devant rester circonscrits à des besoins de renforts ponctuels ; sur les mesures de nature à « sécuriser les salariés » : des indemnités de licenciement accrues, la possibilité pour le salarié licencié de conserver certains de ses acquis (droit individuel à la formation, assurance complémentaire santé par exemple). Tout cela y figure bien, mais force est de constater que si l'assouplissement de l'encadrement du contrat de travail trouve une traduction assez concrète, les mesures de sécurisation des parcours professionnels plus coûteuses restent largement soumises à des négociations ultérieures.

Intéressons-nous plus particulièrement aux deux mesures phares – la rupture conventionnelle du contrat de travail et la création du CDD « de mission ». L'accord formalise un mode de rupture du contrat déjà admis, sous certaines réserves, par les juges : la rupture conventionnelle du contrat de travail. Lors des discussions préalables, le salarié pourrait se faire assister par une personne de son choix (autre salarié, représentant du personnel...), se rétracter dans les 15 jours suivant la signature de la convention actant l'accord des parties. Un exemplaire de la convention serait adressé au directeur départemental du travail (DDT) qui disposerait d'un délai de 15 jours calendaires pour homologuer la rupture, son silence à l'issue de ce délai valant homologation. Le salarié dont le contrat serait ainsi rompu aurait droit à une indemnité équivalente à

l'indemnité de licenciement et aux allocations du régime d'assurance chômage.

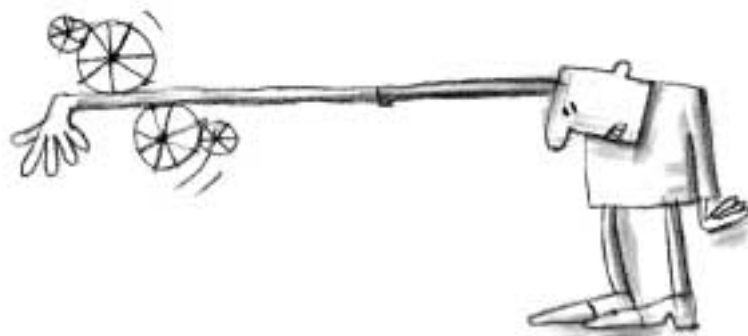
Le risque que ce mode de rupture, imposé, escamote un licenciement sans cause réelle et sérieuse, privant ainsi un salarié d'indemnités plus conséquentes, est réel.

Et si le salarié se rétracte ? Quelle sera l'« ombre portée » d'un accord « non consommé » sur l'appréciation du motif de licenciement par le juge dans le cadre d'une procédure classique ?

Pour sécuriser l'affaire, le patronat a accepté le principe d'une autorisation administrative de licenciement qu'il avait tant combattu par ailleurs. Que contrôlera exactement le DDT ? Par ailleurs, le risque est grand de voir se développer un double contentieux administratif et judiciaire (source de longueurs). Car on ne voit pas pourquoi le juge judiciaire ne pourrait être saisi, l'accord précisant, entre autres, que la recherche de solutions négociées ne doit pas conduire à une restriction du droit des salariés à se pourvoir en justice. Une fois saisi le juge pourrait, comme actuellement, apprécier la réalité du consentement du salarié. Mais qui aura les moyens de telles procédures ?

Le CDD « de mission » : institué à titre expérimental et réservé aux ingénieurs et cadres, d'une durée comprise entre 18 et 36 mois, ce contrat a tout d'un CDD « précarisé » puisqu'il peut être rompu à la date anniversaire de sa conclusion, par l'une ou l'autre des parties pour un motif réel et sérieux.

Les « gains » des salariés apparaissent donc bien limités. S'ajoute à cela l'incertitude que fait peser l'intervention programmée de deux acteurs non présents à la négociation : le gouvernement et le Parlement. La stratégie d'asphyxie du président via un agenda de négociations serré a conduit les partenaires sociaux à préférer s'entendre a minima, ce qui n'est une bonne nouvelle pour personne. D'autres chantiers les attendent. En cours : la représentativité syndicale. Résultat des courses le 15 avril, puis passage devant le Parlement. —



L'enseignement de la médecine générale : au milieu du gué

■ Rémy Senand, médecin généraliste, professeur associé de médecine générale

Trop peu nombreux, sous contrat à durée déterminée, des médecins généralistes assurent aujourd'hui, au sein des Départements de Médecine Générale, la formation théorique et pratique des internes en spécialisation de médecine générale et l'initiation à la médecine générale des étudiants de 2^e cycle.

La mobilisation récente a permis que la loi reconnaisse leur triple fonction : enseignement, recherche et soins. Ils vont acquérir la reconnaissance universitaire en fonction des travaux déjà effectués. Seront ensuite nommés des enseignants qui auront suivi la filière : interne, chef de clinique assistant, maître de conférences et professeur.

Certes, les chefs de clinique nouvellement nommés exercent leur activité de soins dans un cabinet de médecine générale (et non à l'hôpital), ce qui est fondamental, mais bien des points importants restent en suspens et sont renvoyés à des décrets et négociations ultérieures :

- le nombre de professeurs titulaires (à partir des enseignants déjà en poste) et de nouveaux enseignants associés qui seront nommés ;
- le nombre de postes de chefs de clinique qui seront créés : seize postes seulement pour toute la France en 2007, huit nouvelles nominations probablement en 2008 ;
- le mode de rémunération du chef de clinique

■ Marie Kayser, médecin généraliste, maître de stage

qui est actuellement complexe : il est payé à l'acte avec un complément de salaire versé par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie pour atteindre le salaire d'un chef de clinique exerçant à l'hôpital et participer aux frais de fonctionnement du cabinet qui l'héberge. Le généraliste enseignant, qui l'accueille dans son cabinet, reste payé à l'acte.

On est bien loin de la création attendue de véritables Services Universitaires de Médecine Générale Ambulatoire. Dans de tels lieux de soins primaires, pluridisciplinaires, la médecine générale serait enfin reconnue et rémunérée pour l'ensemble de ses prises en charge : le soin, mais aussi l'éducation à la santé et la prévention¹. Ce serait alors pleinement des lieux d'accueil et de formation. Ils pourraient être les pionniers pour les jeunes générations qui sont prêtes à s'investir dans d'autres modes d'exercice que l'actuel paiement à l'acte en cabinet libéral. Des départements de médecine générale comme celui de Nantes envisagent déjà la mise en place d'un tel lieu. Il nous faut maintenant nous mobiliser pour que des accords cadres facilitent leur réalisation. ■

1. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 rend possible la mise en place de telles « maisons de santé », avec d'autres modes de rémunérations que le paiement à l'acte.

CMU : encore des contrôles

Le SMG, avec d'autres¹ s'est élevé dans un communiqué de presse² contre les mesures annoncées par Eric Woerth³ : il prévoit de contrôler encore un peu plus les ressources des bénéficiaires de la CMU. Comme si, jusqu'ici, on laissait passer des personnes qui ne la « méritent » pas ! Comme si c'était ça l'important ! Continuer à faire croire à l'opinion publique que ce sont « les pauvres » qui détournent l'argent public, sans contrôler les professionnels qui appliquent des dépassements iniques ou refusent de recevoir les patients en CMU, ni vérifier pourquoi plus d'un million de personnes qui ont droit à la CMU n'y accèdent pas, voilà l'option du gouvernement !

Nous qui soignons ces personnes démunies, nous ne pouvons nous taire : faire silence serait accompagner l'injustice. ■

1. SNJMG, CoMéGAS, Association des médecins référents, Syndicat national des centres de santé, USP.

2. 4 février 2008.

3. *Le Figaro* du 22 janvier 2008.

Les salariés de la filière viande malades de leur travail

■ Marie Kayser, médecin généraliste

La Mutualité Sociale Agricole et l'Institut de Veille Sanitaire viennent de mener, auprès des salariés de la filière viande en Bretagne, une enquête approfondie¹ qui aboutit à ce double constat :

- Cette population de salariés est particulièrement fragilisée du point de vue de la santé perçue physique et psychique et tout particulièrement des troubles musculo-squelettiques (TMS). Les femmes et les salariés les plus âgés y apparaissant tout spécialement vulnérables.
- Elle est également exposée à des contraintes de travail fortes, physiques, organisationnelles et psychosociales. La forte demande au travail, quantitative et qualitative, l'insuffisance des moyens pour effectuer un travail de qualité et la faiblesse des perspectives de promotion se révèlent surtout associées à une mauvaise santé perçue.

Les auteurs appellent les entreprises du secteur à revoir les contraintes de travail. Ils précisent cependant que leur enquête ne leur permet pas d'exprimer une relation de causalité entre conditions de travail et état de santé.

Cette causalité est cependant claire dans le cas des maladies professionnelles : depuis leur arrivée dans l'entreprise, 17 % des hommes et plus d'un quart des femmes ont déclaré au moins une maladie professionnelle. Ces chiffres sont déjà impressionnants et pourtant les maladies professionnelles sont ici aussi sous-déclarées : 73 % des salariés ont eu un TMS du membre supérieur dans les douze mois qui ont précédé l'enquête ; or ces TMS peuvent relever dans la quasi-totalité des cas d'une déclaration en maladies professionnelles.

Les salariés de la filière viande sont donc bien malades de leur travail.

Les déclarations en Maladies Professionnelles sont un des outils pour reconnaître cette atteinte à la santé, faire valoir les droits des salariés et faire pression pour que les conditions de travail évoluent. Pourquoi les médecins n'y pensent-ils pas ? ■

1. État de santé des salariés de la filière viande du régime agricole en Bretagne. Relations avec leurs contraintes de travail physiques, organisationnelles et psychosociales
http://www.invs.sante.fr/publications/2007/salaries_filiere_viande/rapport_salaries_filiere_viande.pdf

La « double peine » des ouvriers¹

■ Marie Kayser, médecin généraliste

Les ouvriers meurent plus tôt : l'écart d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers est important et ne s'est pas réduit au cours des dernières décennies. Quand il atteint 35 ans, un cadre homme peut espérer vivre jusqu'à 82 ans, un ouvrier jusqu'à 76 ans ; pour les femmes, l'écart est moindre (deux années entre cadres et ouvrières). Le temps de vie des ouvriers avec une incapacité est plus long que celui des cadres¹ qu'il s'agisse d'incapacité légère (limitation pour voir, entendre, marcher, se pencher, utiliser ses mains et ses doigts) ou d'incapacité lourde (besoin d'assistance au quotidien). Un ouvrier passe dix-sept ans de sa vie avec une incapacité légère contre treize ans pour un cadre supérieur (vingt-deux années et

seize années respectivement pour les femmes). De même, un ouvrier va vivre trois années avec une incapacité lourde contre deux pour les cadres (six années et quatre années pour les femmes).

Les autres catégories socioprofessionnelles suivent un continuum entre ces deux extrêmes pour l'espérance de vie globale et pour celle sans incapacité. Une politique de santé publique doit réduire les inégalités face à la mort et à l'incapacité et, pour cela, agir sur les conditions socioéconomiques. ■

1. Emmanuelle Cambois, Caroline Laborde, Jean-Marie Robine, *Population et sociétés*, n° 441, janvier 2008,
http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/bdd/publication/1341/

Rétention de sûreté

Philippe Gasser, psychiatre, membre de l'Union Syndicale de la Psychiatrie

Un projet de loi sur la « rétention de sûreté » et la « déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental » a été adopté en première lecture par les députés.

Ce projet prévoit la possibilité de maintenir internés, sans limitation de durée, des criminels ayant déjà été pénalement condamnés et ayant purgé leur peine, mais qui seraient toujours considérés comme « dangereux » à leur sortie de prison.

En terme de droit, ce projet instaure une sorte de double peine, et amalgame « dangereusement » deux notions juridiques très différentes (sécurité et irresponsabilité pénale), comme l'a indiqué la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme.

Le dénominateur commun de ces situations serait, pour le législateur, la notion de « dangerosité », qui devrait alors être évaluée, pronostiquée (et traitée ?) par les psychiatres.

Loin de constituer une entité nosographique, le concept de dangerosité demeure très flou, et répond surtout à une définition sociale, telle qu'évoquée par N. Bishop, comme « notion émotionnelle éloignée de tout fondement scientifique ».

Dans la lignée du projet de loi de prévention de la délinquance, qui instaurait le dépistage précoce et médicalisé des jeunes « futurs » délinquants, ce projet de loi associe sanction pénale et « sanction » thérapeutique, dans un dangereux amalgame induisant la criminalisation de la psychiatrie et la psychiatrisation de la délinquance, en stigmatisant, sous des prétextes sécuritaires et démagogiques, les patients soignés en psychiatrie, et en laissant supposer qu'il existerait un lien entre pathologie mentale et criminalité. Il « confie » aux médecins psychiatres le soin de déterminer la dangerosité supposée d'un détenu – déjà reconnu responsable par une expertise psychiatrique antérieure –, laissant planer le fantasme de la prédictibilité de la dangerosité sociale, et l'illusion mensongère qu'il existerait un traitement « médical » de la dangerosité, qui pourrait ainsi s'appliquer dans de tels centres médico-judiciaires de rétention de sûreté...

Ces mesures d'exception, rétroactives¹, pour des criminels ne présentant pas de troubles psychiatriques, « mais une particulière dangerosité caractérisée par le risque particulièrement élevé de commettre à nouveau une infraction », s'accompagne de l'introduction, dans le code de Santé Publique, d'éléments contraires à la préservation du secret médical et à nos principes déontologiques (information – révélation – délation), dès lors qu'il existera « un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements » (de rétention), comme l'a fait observer le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

« La dangerosité, une notion plus émotionnelle que scientifique. »

Nous ne pouvons que nous alarmer de la pseudo responsabilité sociale – et pénale – ainsi dévolue aux médecins psychiatres, érigés en garde-fous garants de la sécurité et de la paix sociale, dans la plus grande tradition des Etats totalitaires, dont les « funestes dérives d'un appareil judiciaire voué à diagnostiquer et à traiter la dangerosité pénale » ont été à nouveau dénoncées par R. Badinter, ancien ministre de la Justice.

Le fantasme régressif de l'« Homme Dangereux » cher à Lombroso, professeur italien de médecine légale et apôtre positiviste du caractère inné et morphologiquement identifiable du criminel, est toujours bien vivant, et, avec lui, l'idéologie totalitaire qui tente toujours d'instrumentaliser la médecine, sous couvert d'une pseudo clinique et d'un scientisme hors d'âge, mis au service d'un pouvoir de plus en plus répressif, qui dénie tout droit à la différence à « ses » sujets, et propose en miroir (aux alouettes ?) son illusionnante conviction dans le mythe sécuritaire du « risque zéro ». ■

1. Le Conseil constitutionnel a admis la conformité à la Constitution de la rétention de sûreté, mais censuré le principe de rétroactivité, censure que le président de la République s'est efforcé de contourner en faisant appel au président de la Cour de cassation.

Réflexions sur la rétention de sûreté

■ **Jean-Luc Boussard**, médecin généraliste exerçant en prison

Au-delà des principes de droit que piétine cette loi, qui rajoute une peine à la peine, sans jugement, et qui sanctionne non plus une faute, mais un état, il me semble qu'il y a une profonde malhonnêteté intellectuelle à faire croire qu'on peut réellement évaluer cet état de dangerosité d'un individu, et la probabilité d'un passage à l'acte.

La ministre de la Justice, Madame Dati, est venue visiter la prison de Melun, où je travaille, la veille du débat parlementaire de sa loi ; ce n'est pas un choix au hasard, 60 % des détenus renfermés dans cet établissement étant des délinquants et criminels sexuels ; elle y a bien sûr rencontré l'équipe chargée de la prise en charge médicale et psychologique de ces détenus.

La presse locale a fait largement écho à cette visite, reprenant la thèse selon laquelle la prise en charge thérapeutique librement acceptée (?) des délinquants sexuels pendant leur incarcération est une garantie de non récurrence ; un article parlant même de guérison. Et validant de ce fait l'idée que ceux qui refusent les moyens de cette « guérison » doivent rester enfermés. N'y a-t-il pas là aussi une illusion d'efficacité, entretenue à des fins politiciennes ?

Il faudrait en outre parler du manque criant de moyens des équipes de soins pour qu'une telle prise en charge soit possible. Rachida Dati a promis à Melun l'embauche d'un travailleur social supplémentaire, quand les détenus demandeurs doivent attendre parfois plusieurs mois leur première rencontre avec un psychologue ! ■

Plan Alzheimer : des lacunes pour la prévention

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

Il faut agir sur les facteurs environnementaux, en particulier l'aluminium. C'est l'alerte que viennent de lancer deux toxicochimistes Henri Pézerat et André Picot, Directeurs de recherche honoraires au CNRS. Ils s'appuient sur de nombreuses données parmi lesquelles :

- La fréquence plus forte, à âge égal, de la maladie d'Alzheimer dans les sociétés industrielles.
- Les résultats d'études épidémiologiques en faveur du rôle de l'aluminium hydrique qui sert au traitement de l'eau de boisson.

En 2003, L'Institut National de Veille Sanitaire reconnaît que « (...) les études dont la méthodologie est la moins critiquable sont en faveur d'une augmentation du risque de démence ou de maladie d'Alzheimer, risque estimé entre 1,5 et 2,5 pour une concentration hydrique d'aluminium supérieure à 100 ou 110 µg/litre. ».

Pourtant, la valeur guide reste à 200 µg/l.

Ces chercheurs appellent donc :

- À la mise en place d'un programme de prévention portant sur les questions de l'aluminium et d'autres neurotoxiques notoires, le mercure et le plomb, sans oublier certains pesticides.
- À l'application du principe de précaution en interdisant l'ajout de sels d'aluminium dans l'eau potable (à Paris d'autres modes de traitement sont déjà utilisés).
- À revenir pour l'aluminium à la norme de 50 µg/litre d'eau qui était celle de 1998.

Hôpital : à flux tendu

Christian Jouanolou, médecin généraliste

Les heures supplémentaires cumulées des médecins (3,5 millions) et des personnels (23 millions) de l'hôpital, évaluées à 2 milliards d'€ ne peuvent être ni évitées (faute de personnel) ni payées (faute de crédit). Imposées, elles gonflent leurs « comptes épargne temps » (CET).

Qu'est-ce que le CET ? Il apparaît en 1993 : les congés payés étaient obligatoires. Le CET est la possibilité de ne pas prendre ses congés, volontairement. Ce n'est pas l'employeur qui l'impose, c'est le salarié qui le décide. En pratique, l'employeur le suggère oralement comme solution à la surcharge de travail.

Aujourd'hui, le CET sert à écluser des RTT et heures supplémentaires impayables. Depuis le rapport Larcher remis au ministre François Filon dans le précédent gouvernement, vous pouvez « racheter » votre CET : à taux zéro. C'est donc le supplément des heures supplémentaires et des congés payés, pas payés !

Avec le plan « Hôpital 2007 » et ses budgets bloqués inférieurs à la « reconduction des moyens », 60 % des hôpitaux sont en déficit et le personnel, 70 % des dépenses, devient la « variable d'ajustement ». Repos et congés supprimés pour remplacer les absents ne sont pas rendus. Les soignants, prolongeant leur temps au travail pour terminer les soins, sont accusés de « mal s'organiser ». Pour accueillir et soigner 24h/24, l'hôpital est « à flux tendu » par la pénurie de personnel. La situation préexistait à 2002 : les « 35 heures »

devaient créer 120 000 emplois et leur financement compenser les RTT, ce ne fut pas le cas. Le personnel doit « travailler plus » sans « gagner plus ».

L'accord, signé le 15 janvier avec la ministre de la Santé par trois syndicats de médecins sur quatre et sans prendre l'avis des urgentistes et des anesthésistes, prévoit le paiement de 50 % des heures stockées sur les CET des médecins. Comment le faire sans budget ? Quid des autres soignants ? Mêmes causes, mêmes effets, les heures supplémentaires imposées augmenteront encore du fait de la pénurie.

Obtenu à l'arrachée, l'accord divise les médecins, évite la convergence avec les autres soignants, calme l'hôpital jusqu'après les élections municipales où viendra le budget 2008 et ses suppressions d'emplois, voire ses « plans sociaux » comme remède.

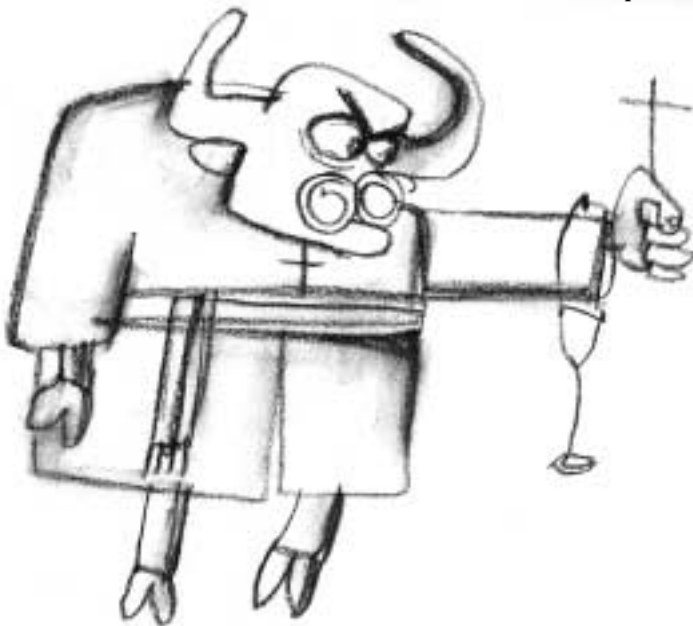
Annoncée dans son discours de Bordeaux, la « réforme » de l'hôpital voulue par le président de la République pour l'été 2008 prétextera les contraintes budgétaires pour imposer ses fermetures, fusions, restructurations, regroupements puis privatisations. Il va « redéfinir les missions de l'hôpital » réduites à une assistance ou « service minimum pour les pauvres ». L'hospitalisation privée lucrative cotée en bourse, à dépassements d'honoraires « libres », s'appropriera les actes rentables, soins de qualité réservés à ceux qui payent. ■



Offensive contre l'avortement en Espagne

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

Perquisitions dans des cliniques privées à Barcelone, un médecin en prison, des femmes inquiétées pour avoir avorté. Après dénonciation pour « IVG illégale » par un mouvement anti-avortement auprès d'un juge madrilène. Or, la pénurie de lieux où avorter et les limites de la loi en France obligent de nombreuses femmes à se rendre à Barcelone, comme à Londres ou Amsterdam, quand les délais légaux français sont dépassés¹. La loi espagnole n'est pas plus libérale qu'en France, car elle ne reconnaît pas le choix de la femme. En Espagne, une femme peut avorter seulement jusqu'à 12 semaines de grossesse si elle a été violée, ou jusqu'à 22 semaines si le fœtus est malformé. En France, la loi a été votée très tard (en 1975, alors que l'avortement est légal en Suède depuis 1939), mais le mouvement des femmes a réussi à imposer comme seul motif d'avortement la décision de la femme. Cepen-



dant, le délai légal (12 semaines de grossesse), et le manque de structures faisant des IVG limitent beaucoup les possibilités. Au-delà, l'interruption médicale de grossesse ne s'applique qu'aux cas de malformation importante du fœtus, ou quand la grossesse menace la vie de la femme. En Espagne, la décision de l'avortement est soumise aux médecins, mais ils prennent en compte le risque psychosocial créé par la grossesse, motif qui n'est pas accepté en France. Cette interprétation plus

large de la loi permet d'offrir à des femmes ayant dépassé le délai légal en France un avortement dans de bonnes conditions dans une clinique à l'étranger.

Aujourd'hui, les associations anti-avortement en Europe, liées aux mouvements religieux intégristes et soutenues par leurs homologues américains, sont très actives, en Espagne, comme en Italie ou en Europe de l'Est. L'avortement est enfin dépénalisé au Portugal, mais dans les pays de l'Est (comme la Hongrie, ou en Russie...) où il était légal, les mouvements anti-avortement parviennent à faire restreindre son accès. En Pologne, ils ont réussi à rendre l'interruption volontaire de grossesse quasiment illégale. Aux États-Unis, les gynécologues qui font des avortements sont peu nombreux, certains vivent sous protection de la police, les assurances privées ne prennent en charge ni l'avortement ni la contraception. Progressivement, les lobbies anti-avortement gagnent sur le plan idéologique : les démocrates américains ne défendent plus vraiment le droit à l'IVG.

Face aux attaques contre les cliniques catalanes, les féministes espagnoles revendiquent une loi sur l'avortement qui garantisse le libre choix des femmes². À la veille d'élections en Espagne, elles demandent au Parti socialiste de prendre position pour une modification de la loi qui inclue clairement ce droit. En France, les mouvements de défense du droit à l'avortement prennent position pour soutenir les cliniques espagnoles en dénonçant l'hypocrisie des pays qui se déchargent sur leurs voisins de leur mauvaise prise en charge du droit des femmes à disposer de leur corps³. Cette situation remet à l'ordre du jour la revendication de l'élargissement de la loi française, qui devrait permettre l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 22 semaines de grossesse, comme dans les pays européens les plus progressistes. Et la nécessité encore de défendre le droit à l'avortement chèrement acquis, jamais garanti. ■

1. *Le Monde Diplomatique*, février 2008 : « Menaces sur le droit à l'avortement », n° 647, p. 6-7

2. Association de Clinicas Acreditadas Para la Interrupcion del Embarazo coordinadora@grupogic.org

3. Mouvement Français pour le Planning Familial, mfpf@planning-familial.org

La grippe aviaire

■ Jean-Pierre Lellouche, médecin pédiatre



Monsieur,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre article « Grippe aviaire : les médecins sont prêts » (*Ouest France*, 21 janvier 2008). Cet article est annoncé en première page avec un titre un peu plus précis puisque votre article porte sur la situation dans notre région : « Grippe aviaire : les médecins bas-normands sont prêts ».

Si une épidémie importante survenait, cela concernerait non seulement les médecins, mais aussi, comme vous le dites, « les infirmières, les dentistes, les kinés, toutes les professions libérales de santé ». Mais cela concernerait aussi l'hôpital et il faudrait organiser la collaboration entre ces différentes structures. Il faudrait informer le public sur la maladie, mais aussi sur la vaccination, le Tamiflu® et les indications des antibiotiques.

C'est normalement le rôle du ministère de la Santé et de ses services régionaux et départementaux d'organiser la lutte contre cette maladie, or dans votre article une grande place est faite à l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) et à son président, mais le ministère de la Santé n'apparaît presque pas. On apprend incidemment que les 1 500 professionnels formés par l'URML l'ont été « sur commande du ministère de la Santé ». Votre article ne nous dit pas si ce ministère a passé d'autres commandes, s'il a prévu un plan pour l'hôpital, une information du public et s'il sait qui coordonnerait cette action.

Que des médecins libéraux s'organisent pour participer à une action de santé publique est une très bonne chose, mais la lutte contre la grippe aviaire ne concerne pas uniquement les médecins et encore moins les seuls médecins libéraux, le ministère de la Santé devrait jouer un rôle éminent de concepteur et d'organisateur. Souhaitons, sans trop y croire, que son silence soit le silence de qui travaille modestement dans l'ombre et pas le silence de qui somnole en se fichant de tout.

Amicalement. —



Financement des hôpitaux et tarification à l'activité (T2A)

■ Pierre Volovitch, économiste

La tarification à l'activité (T2A) prétend répondre à la question du financement de l'hôpital avec un outil purement économique-technique. Ce faisant, elle ne prend pas en compte la dimension sociale du soin, au risque d'aggraver les difficultés d'accès aux soins des personnes les plus fragiles.

Alors refuser la T2A pour en rester au statu quo actuel ? C'est évidemment impossible, car une des caractéristiques de la situation actuelle est la très forte inégalité d'offre hospitalière entre régions et départements.

Le débat sur la mise en place d'un financement de l'hôpital cohérent avec notre vision du soin est devant nous.

Dans le cadre du débat autour de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008, un amendement d'origine parlementaire a accéléré le calendrier de mise en place, pour l'hôpital public, de la tarification à l'activité (dite T2A).

Il y a de bonnes raisons de critiquer la T2A, il y en a aussi de moins bonnes.

Il y a les effets « théoriques » de la T2A, mais il y aura aussi, et c'est sans doute plus important, les effets que les professionnels vont pouvoir mesurer sur le terrain au fur et à mesure de la mise en œuvre de la T2A.

Le papier d'aujourd'hui est un premier papier. Il a pour ambition de fermer des « fausses pistes » et d'ouvrir les pistes sur lesquelles il nous faudra débattre à partir des réalités qui remonteront du terrain.

La question posée est celle du financement de l'hôpital

En utilisant un système proche de « l'acte » de la médecine libérale, l'hôpital était financé, jusqu'aux années 80, au « prix de journée ».

Et ça marchait comme « l'acte ». L'hôpital avait intérêt à multiplier

le nombre de journées. Surtout celles dont la densité en soins était faible.

Au début des années 80, les pouvoirs publics décident de mettre fin à ce système du « prix de journée » qu'ils analysent comme « inflationniste »¹. L'hôpital public, et les établissements privés « participant au service public hospitalier » (PSPH), passent alors progressivement sous « dotation globale ». Chaque hôpital se verra

attribuer un budget. Ce budget sera calculé sur une base « historique » (les budgets dont l'hôpital avait disposé les années antérieures). Chaque année, le budget augmentera d'un pourcentage fixé par l'Etat (taux directeur). Pour donner de la souplesse, le « taux directeur » pourra être modulé, en plus ou en moins, pour chaque hôpital (mise en place de « marges de manœuvre »). Le passage au « budget global » est un succès. Les durées de séjour se réduisent de façon très importante. Doté d'un budget qui n'est plus sensible à la durée de séjour, l'hôpital a intérêt à garder les patients le moins de temps possible. Cette réduction des durées de séjour a évidemment un effet massif sur l'intensité du travail des soignants (infirmières et aides-soignantes en tête). Personne ne se penche sur cette question. Pour les décideurs, c'est un succès : les budgets des hôpitaux sont « tenus ». Cinq à six ans après la mise en place du « budget global » apparaissent les grandes grèves infirmières qui manifestent le malaise né tout à la fois de la restriction des budgets hospitaliers (ils ne se réduisent pas, mais augmentent beaucoup moins vite que dans la période antérieure) et des profondes transformations du travail des soignants.

De fortes inégalités

Dans ce pays où n'existe aucune norme nationale sur le nombre de personnel par lit², les inégalités de dotation en personnel entre hôpitaux sont importantes. Elles recouvrent, en gros, les inégalités en médecine de ville. Les hôpitaux du Sud sont mieux dotés que ceux du Nord. La reconduction des budgets sur des bases historiques, la très faible utilisation des « marges de manœuvres » dans un contexte de contrôle des dépenses, fait que les inégalités entre hôpitaux ne dimi-

« La réduction des durées de séjour a eu un effet massif sur l'intensité du travail des soignants. »

nuent pas, voire augmentent. Un hôpital ancien qui était plutôt bien doté avant 1980, et dont l'activité décline, se trouve plus à l'aise qu'un hôpital moins bien doté en 1980 et dont l'activité est plutôt en progression. Les syndicats hospitaliers, qui enregistrent partout la dégradation des conditions de travail, liée au raccourcissement des durées de séjour, demandent des moyens supplémentaires pour tous, mais sont incapables de poser la question de la réduction des inégalités. Aujourd'hui, pour un même nombre de lits, ou pour un même nombre de journées d'hospitalisation³, l'écart de personnel peut être de 50 %. Dit autrement, là où certains hôpitaux, dans le Sud, disposent, pour une masse de travail donnée, de quinze personnes, d'autres hôpitaux, du Nord, disposent de dix personnes...

Le succès du « budget global » se payait donc par de l'opacité (le financeur sait combien il a donné à l'hôpital, mais n'a aucune information sur l'utilisation de ce budget), par le maintien d'une inégalité forte entre hôpitaux, par une dualité entre financement de l'hôpital public (et PSPH) et financement des cliniques privées⁴.

Les pouvoirs publics décidèrent de passer à autre chose. On aurait pu se poser quelques questions : pourquoi les « marges de manœuvres » n'étaient-elles pas utilisées ? L'amélioration des systèmes d'information faisait qu'on pouvait savoir, sans passer par le budget, de plus en plus de choses sur l'activité de l'hôpital. Cela n'ouvrait-il pas la voie à une utilisation plus intelligente de ce budget global ? Ces questions n'ont pas été posées. On est passé directement à la tarification à l'activité.

Le passage à la T2A

A la base de cette nouvelle tarification, il y a une idée déjà mise en œuvre outre Atlantique. On peut chiffrer le coût des soins. Le calcul ne va pas se faire cas par cas, malade par malade. On va définir des groupes dans lesquels on va regrouper des malades dont les pathologies sont proches, qui ont besoin du même type de soins. On construit donc des groupes homogènes de malades (GHM)⁵. Il faut qu'ils soient suffisamment nombreux pour que ce soit précis, pas trop nombreux pour que ce soit gérable. Aujourd'hui, les hôpitaux travaillent avec environ 600 GHM. On demande alors à des hôpitaux volontaires de faire, en comptabilité analytique, le calcul des coûts sur chaque GHM (temps de soignants, médicaments, amortissement des équipements...).

Sur cette base, les pouvoirs publics vont fixer un tarif pour chaque GHM. Les équipes médicales coderont leur activité par GHM. L'hôpital sera rémunéré en fonction de son activité mesurée en nombre de cas traités par chaque GHM.

On évite l'inconvénient du « prix de journée » qui est de prolonger les séjours. L'hôpital, une fois perçu le tarif correspondant à un GHM, n'a pas intérêt à garder le malade plus longtemps. On évite l'inconvénient du « budget global » qui est son insensibilité à l'activité. Un hôpital qui travaille moins verra ses moyens se réduire, un hôpital qui voit son activité augmenter verra ses moyens suivre cette hausse d'activité.

On place les établissements en situation de « concurrence par comparaison ». Celle-ci va inciter, obliger, les établissements dont les coûts sont supérieurs à la moyenne à s'aligner sur la moyenne.

La T2A repose sur de nombreuses hypothèses

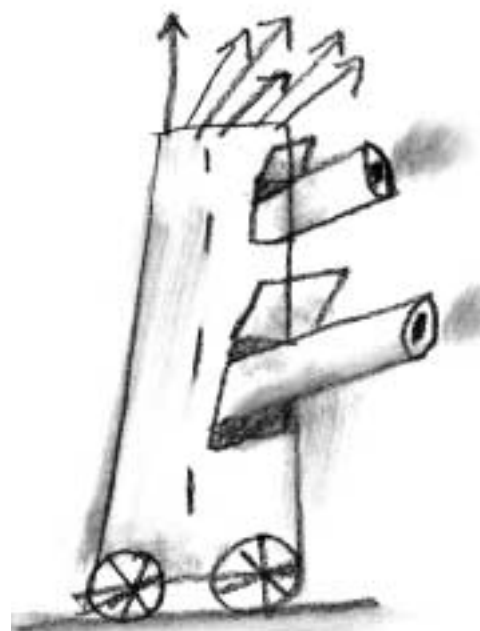
Hypothèse que l'ensemble de l'activité médicale est réductible à des GHM. Le GHM étant avant tout défini par une suite d'actes techniques. Evidemment, les poly-pathologies (liées en partie au vieillissement), les soins de longue durée, la psychiatrie, ont quelque mal à rentrer dans le moule.

Hypothèse que les médecins vont coder honnêtement. Car évidemment, dès qu'ils vont avoir compris que tel codage apporte plus de moyens que tel autre, la tentation va être forte de « surcoder »⁶. Il va donc falloir des médecins qui vont contrôler le codage des autres médecins.

Hypothèse que l'établissement dans lequel les coûts sont supérieurs à la moyenne a les moyens d'agir sur ses coûts. Ce qui n'est pas évident, car

« Les hôpitaux du Sud sont mieux dotés que ceux du Nord. »

.../...



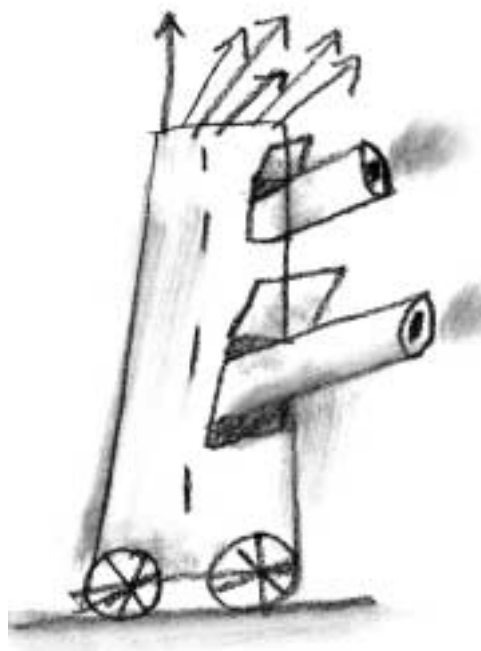
.../... l'établissement est pris dans un certain nombre de contraintes en matière d'amélioration des coûts. Et que même s'il a les moyens d'agir, demeure la question du temps dont il va disposer pour agir. Un établissement met en place des modifications de son organisation pour réduire les coûts. Ces modifications ont elle-mêmes un coût et elles n'auront d'effet qu'au bout d'un certain temps. Les effets négatifs de la mise en place de la tarification à l'activité ne seront-ils pas plus rapides que les effets positifs de sa réorganisation ?

«Un hôpital qui travaille moins verra ses moyens se réduire.»

Faire de la « concurrence par comparaison » c'est choisir de faire crever les moins bons. Cela ne peut donc marcher que s'il y a excès d'offre. Sinon la disparition des moins bons conduit à ce que l'on n'ait plus que des hôpitaux bien gérés, mais incapables de répondre à la demande de soins. Sommes-nous en situation d'excès d'offre ?⁷

Enfin et surtout, les promoteurs mêmes de la tarification à l'activité ont compris, et écrivent, qu'il y a deux dangers majeurs : la sélection des patients et la perte de qualité.

Tous les patients d'un groupe homogène de malades ne sont pas identiques. Certains malades, du fait de leur âge, de leur situation sociale, vont coûter plus cher. L'établissement a donc intérêt à concentrer son activité sur les malades du groupe les moins coûteux. Il va sélectionner. En diminuant la qualité des soins l'établissement peut aussi diminuer ces coûts. Comment éviter que la chasse aux coûts ne diminue pas la qualité ?



Le mythe de la « convergence » public/privé

La T2A a donc de sérieux défauts. Mais elle a pour les parlementaires de droite un avantage fascinant. Elle va permettre la « convergence » des tarifs du public et du privé.

À la base de ce rêve de « convergence », il y a l'idée cent fois répétée que « le privé coûte moins cher que le public ». Peut-on lutter contre cette idée fautive ? Les activités de soins du privé et du public ne sont pas les mêmes. Le privé s'est spécialisé, depuis longtemps, dans le plus simple, le plus programmable. Les patientèles ne sont pas les mêmes. Chacun sait que les plus pauvres sont plus coûteux à soigner⁸ et que les pauvres vont plutôt vers l'hôpital public. Le nombre de personnes « au pied du lit » et leur qualification ne sont pas les mêmes entre le public et le privé. Les personnels du public sont protégés par un statut dont ne profite pas le personnel du privé...

Derrière le discours sur la « convergence » entre privé et public que permettrait la T2A, il y a évidemment une machine de guerre contre les statuts de la fonction publique hospitalière. C'est une des dimensions de la T2A.

Mais c'est ici aussi qu'il y a une fausse piste à ne pas prendre. Pour certains des adversaires de la T2A, un de ses plus gros défauts est qu'elle va « avantager » le privé.

Sauf erreur de ma part, l'ancien système de tarification n'a pas fait trop de mal au privé. La spécialisation du privé vers la part rentable de l'activité n'a pas été induite par la T2A et existait bien avant la mise en place de la T2A.

Plus curieux. Potentiellement, et j'ai bien compris que ce n'est pas l'utilisation que les actuels promoteurs de la T2A veulent en faire, la T2A, pilotée avec d'autres objectifs politiques, pourrait être un outil contre les rentes du privé. Après tout, que la « Générale de santé » fasse des profits boursiers montre bien que les tarifs qu'elle applique sont supérieurs aux coûts qu'elle supporte. Une T2A réellement alignée sur les coûts ferait disparaître les profits. Mais ne rêvons pas. Ceux qui ont les manettes ne veulent pas utiliser la T2A de cette façon.

La T2A comme leur « marchand » pour dissimuler des choix politiques

Et puisqu'on en est aux fausses pistes, évacuons la seconde fausse piste. La T2A n'est pas un mécanisme de marché. Dans la T2A, c'est bien l'administration, qui sur la base de calcul de coûts, fixe un tarif⁹. Avec la T2A ni les patients, ni les assureurs santé, ne sont sur un marché où ils pourraient choisir la meilleure offre au meilleur prix¹⁰. Pour ceux, dont je suis, qui sont persuadés que la prise en charge de la santé ne doit pas dépendre de mécanismes marchands, c'est plutôt

une bonne nouvelle. Qui ne retire rien aux critiques que l'on peut faire contre la T2A.

La T2A est d'autant moins un prix de marché que sa mise en place demeure inscrite dans une enveloppe hospitalière « fermée ». D'un point de vue logique, on peut tout à fait imaginer une T2A dans une enveloppe ouverte. La dépense totale n'est pas prédéterminée. Dans cette situation, les établissements ont intérêt à augmenter leur activité. Horreur, la T2A devient autant « inflationniste » que le vulgaire « prix de journée »¹¹. C'est pourquoi aujourd'hui la T2A est dans une enveloppe fermée (l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie – ONDAM – décliné pour l'hôpital) et que les tarifs diminueront si l'activité augmente trop¹².

Mais la fausse piste est intéressante à relever, car il y a bien volonté de nous y faire entrer.

Décider de la masse des moyens financiers (et donc humains) qui iront à l'ensemble du secteur hospitalier est un choix politique. Décider de la répartition de ces moyens entre hôpitaux (et donc du niveau d'inégalité auquel on arrivera) est aussi un choix politique.

Attention, ces deux choix sont liés, mais il s'agit bien de deux choix. Bien sûr, en diminuant les moyens, je rends plus difficile la réduction des inégalités, mais l'inverse est vrai, je peux parfaite-

ment augmenter la masse des moyens globaux sans diminuer les inégalités¹³.

Pour le pouvoir politique, ces deux choix sont périlleux, surtout quand ils sont surdéterminés par l'obsession de faire diminuer les dépenses publiques. Comment faire diminuer le coût « politique » des décisions de restructuration hospitalière ? En lui donnant l'apparence d'une décision non-politique, d'une décision dictée par les dures (mais justes !) lois du marché.

La T2A, avec sa complexité technique, avec son caractère apparemment objectif, c'est le bon moyen de cacher plusieurs autres choix.

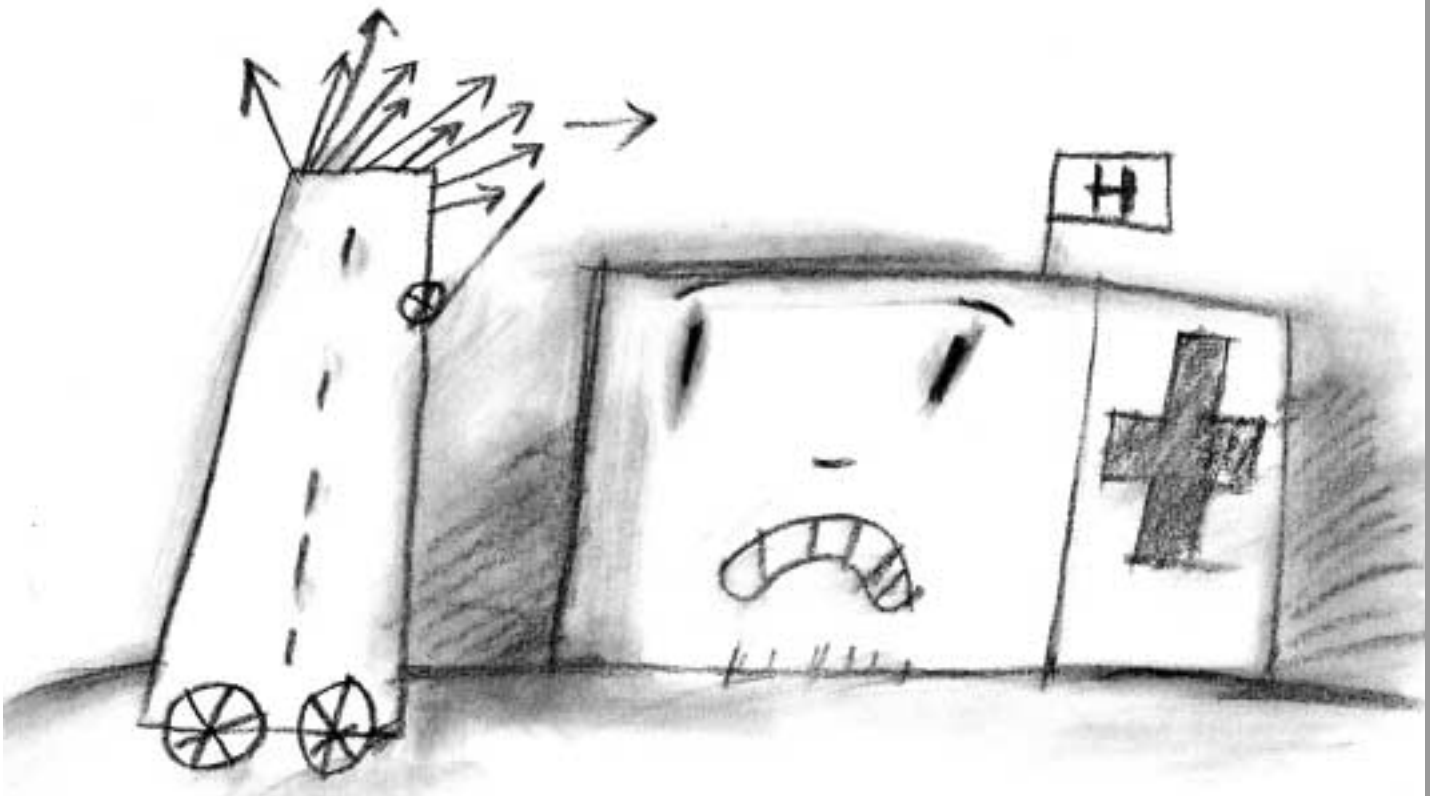
Bien sûr, le choix est fait sur la masse globale de richesse que l'on veut mettre dans l'hôpital en général.

Le choix de ne considérer l'hôpital, et les soins, que sous leurs aspects techniques, seuls quantifiables dans la T2A.

Le choix de nier le rôle social de l'hôpital. Les techniciens du ministère qui ont fait les calculs, qui ont permis de mettre en place la T2A, ont mesuré, sur la base de la même méthodologie

« Il y a deux dangers majeurs : la sélection des patients et la perte de qualité. »

.../...



.../...

que pour les coûts des GHM, le surcoût qui correspondait à la prise en charge de patients « fragiles »¹⁴. Parce qu'aujourd'hui, et heureusement, les hôpitaux tiennent compte de la situation sociale des patients, en particulier pour la durée d'hospitalisation¹⁵, les patients socialement « fragiles » coûtent plus cher que les autres. Appliquer une T2A qui ne tient en aucun cas compte de la situation sociale des patients, c'est mettre l'hôpital devant le choix de ne plus tenir compte de la dimension sociale OU de se mettre dans le rouge.

La question du financement des hôpitaux a besoin d'un débat collectif, pas du masque d'un faux mécanisme marchand. La T2A n'est pas la

« Il y a évidemment une machine de guerre contre les statuts de la fonction publique hospitalière. »

bonne réponse à la question posée, mais nous ne pouvons rejeter la T2A pour demeurer au budget global. La question des inégalités d'offre hospitalière à travers le territoire doit être posée.

Un budget non lié à l'activité offre certainement aux gestionnaires de l'hôpital une visibilité plus grande. Mais ce budget ne peut reposer que sur des bases « historiques ». Il devrait prendre en compte les caractéristiques de la population

couverte (nombre personnes relevant de l'hôpital, âge de la population, situation économique et sociale de cette population).

Si nous ne voulons pas de la T2A, il nous faut avancer sur le terrain des contre propositions. Le débat est ouvert. ■

1. La réforme est initiée par des gouvernements de droite, mise en œuvre par des gouvernements de gauche.
2. On divise l'effectif d'un établissement, ou d'un service, par le nombre de lits, et on obtient la « densité » de personnel « au pied » de chaque lit. Cette donnée est assez fruste, puisqu'elle ne dit rien sur la qualification du personnel au « pied du lit », et sur un établissement pris dans son ensemble, elle ne dit pas si le personnel est effectivement au « pied du lit », ou affecté à des tâches de gestions.
3. Le même nombre de lits et/ou le même nombre de journées d'hospitalisation ne définissent pas nécessairement la même charge de soins. Mais ce sont les seuls instruments dont nous disposons.
4. La plus grande part des médecins exerçant en clinique privée sont rémunérés à l'acte et leurs dépenses sont enregistrées dans celles de médecine de ville. Les dépenses liées aux activités des salariés des cliniques sont financées par des « prix de journées » fixés par les préfets en fonction de la catégorie d'équipement de la clinique.
5. Sur le modèle des « Diagnostic related groups » (DRG) américains.
6. D'autant plus forte que pour les économistes le modèle du comportement humain, c'est chacun pour soi et tant pis pour l'intérêt collectif.
7. Et vu ce que coûte la mise en place d'une offre supplémentaire en matière d'hospitalisation, est-il économiquement cohérent de se fixer l'objectif de fonctionner avec un excès d'offre ?
8. Surtout si on tient compte de leur situation sociale dans la durée d'hospitalisation par exemple...
9. Et quand le « tarif » fixé ne plaît pas aux cliniques privées, elles attaquent cette décision devant le tribunal administratif. Vous vous voyez attaquer un prix de marché devant le tribunal administratif ?
10. On m'objectera, non sans raison, qu'intellectuellement la T2A est une construction cohérente avec une vision d'assureur privé qui veut savoir « combien ça coûte » avant d'aller faire son marché. La remarque est à prendre en compte. Mais aujourd'hui, ici, la T2A ne conduit pas à des prix de marché, mais bien à une tarification administrative.
11. Et les données dont on dispose sur la mise en place de la T2A, spécialement dans les cliniques à but lucratif, montrent que les gestionnaires de ces cliniques ont bien compris que la T2A c'était le moyen de gagner plus en travaillant plus...
12. Ce qui montrera bien que le calcul des coûts (qui se voulait « objectif ») s'effacera face à l'objectif de maîtrise des dépenses (qui est politique).
13. Et c'est ce que montrent les travaux de l'IRDES. Sur les vingt dernières années, les effectifs hospitaliers ont augmenté (on peut penser qu'ils n'ont pas augmenté suffisamment, mais ils ont augmenté), tandis que les inégalités de dotations entre établissements ne diminuaient pas.
14. Bénéficiaires de minima sociaux, chômeurs de longue durée, étrangers en situation précaire...
15. L'IRDES a montré, à partir de pathologie précise, que les patients « socialement isolés », avaient des durées d'hospitalisations supérieures à celles des autres patients.

Prochik ? Chiche !

Philippe de Chazournes, médecin de quartier, Ile de la Réunion

Voici une lettre à la ministre de la Santé écrite par un médecin de terrain : au moment où nous publions, aucune réponse ni personnelle, ni par voie de presse, ni surtout par voie de faits n'a été reçue, malgré les grandes déclarations faites en période électorale.

Madame la Ministre, vous venez sur notre île à l'occasion du grand colloque sur le chikungunya et des futures maladies dites émergentes, transmises par les moustiques, et nous vous en remercions.

Un gros travail depuis deux ans a été fourni par les acteurs de la lutte antivectorielle avec les résultats que l'on peut apprécier à ce jour ; le système d'alerte s'est un peu amélioré, mais en raison de ressources financières peu importantes, il reste malheureusement très artisanal. Mais rien de concret, ni de consensuel, ni de valide n'a encore été établi pour les professionnels du soin, concernant les signes cliniques et les thérapeutiques de telles maladies : pourtant de tels éléments pourraient nous aider à alerter rapidement les autorités en cas de nouvelle épidémie.

Les intervenants de ce congrès international sont exclusivement des hospitaliers et des scientifiques ; ils ne peuvent donc être considérés seuls comme des relais valides de ce que nous voyons tous les jours dans nos cabinets médicaux ! Malgré plusieurs sollicitations, le comité scientifique de ce colloque n'a pas jugé bon de retenir les quelques communications émanant de la médecine de terrain. La portée pratique de ce colloque international, qui se déroule une fois de plus en semaine alors que les praticiens concernés seront dans leurs cabinets, ne pourra être que faible par rapport à son coût global... supporté notamment par les collectivités réunionnaises.

La mutualisation des moyens, des hommes, des idées, est la seule garante d'une recherche prag-

matique, adaptée à la réalité et donc efficace pour une meilleure prise en charge de nos patients à la Réunion et peut-être aussi, bien au-delà de nos frontières... faut-il encore l'organiser et surtout vouloir l'organiser.

Madame la Ministre, merci de faire mettre en place, par vos représentants locaux, des études descriptives pour qu'enfin on en sache un peu plus sur la clinique et les thérapeutiques, notamment les éventuels bienfaits et effets indésirables de tout ce qui peut être proposé à nos patients comme produits censés soulager leurs douleurs.

Plutôt que de chercher l'inaccessible, essayons de trouver l'accessible en restant pragmatique, faites enfin intervenir dans les organes décisionnels et les congrès, l'ensemble des acteurs de terrain médicaux mais aussi associatifs : nous attendons cela depuis... 2005 !

Plutôt que d'importer des « recettes » non validées, et donc probablement non adaptées au terrain en cas de crises, profitons des énergies humaines présentes à la Réunion,

faisons leur confiance et modélisons un savoir faire qui pourra ensuite servir ailleurs.

Une réponse de votre part, Madame la Ministre, concrète au niveau des aides, et adaptée à nos besoins, est bien sur très attendue par l'ensemble de la communauté médicale réunionnaise, qui s'est démenée avec pragmatisme et qui se démène toujours autant que possible, pour prendre en charge au mieux tous les malades atteints par le chik.

Alors, Madame la Ministre : Chik et Chiche ? —

« Le système d'alerte reste malheureusement très artisanal. »

« Mettre en place des études descriptives pour qu'enfin on en sache un peu plus sur la clinique et les thérapeutiques. »

Scolarisation des enfants handicapés

■ Daniel Tiran, éducateur spécialisé en Institut médico-pédagogique, membre de l'HSERA

Une association, Handicap-Soins-Ecole-Réponses Adaptées, HSERA porte ce sujet sur la place publique.

<http://hsera.free.fr>

L'intégration scolaire prônée par la loi de février 2005 n'est pas adaptée à tous les handicapés. Une enfant en fauteuil roulant peut avoir accès à l'école s'il y trouve des rampes et des ascenseurs. Un enfant sourd-muet aussi s'il rencontre un enseignant qui use de la langue des signes. Mais pour des enfants présentant des déficiences intellectuelles ou mentales sévères, des troubles graves du comportement, l'école est d'abord inadaptée. Ces enfants nécessitent des

soins et une éducation spécialisée. En l'ignorant, l'école consacre leur échec. Le handicap constitue une différence qu'il faut accepter : la nier au prétexte d'égalité est lourd de conséquences : retards de prise en charge adaptées, souffrances pour les enfants, les parents et les professionnels, enseignants compris.

La loi oblige les directeurs d'école à tous les inscrire. Peut-on parler d'intégration scolaire quand un enfant passe deux demi-journées dans une classe et le reste de la semaine dans sa famille ? Non. La maison départementale des personnes handicapées a supprimé et remplacé les commissions

(Commissions départementales de l'éducation spéciale - CDES) composées d'enseignants et de professionnels qui alertaient les parents sur l'orientation des enfants handicapés. Désormais, c'est aux seuls parents de demander l'inscription de leur enfant dans un établissement spécialisé.

Quel parent fera d'emblée une telle démarche alors qu'on lui propose une inscription à l'école ? Aucun, car tous rêvent d'un enfant normal, en milieu ordinaire, ce qui se comprend. Dans le meilleur des cas, ils finiront par réclamer une prise en charge adaptée, mais elle se fera de façon différée, au détriment des enfants. Dans l'Institut médico-pédagogique (IMP) où je travaille, nous recevons des enfants quittant l'école et présentant des difficultés plus lourdes à traiter, parce qu'ils n'ont pas été orientés assez tôt. Veut-on réellement favoriser l'autonomie et l'épanouissement de ces enfants en les mettant d'emblée à l'école ?

Les établissements spécialisés ne sont pas des mouvoirs comme on veut le faire croire, mais des petites écoles adaptées, ouvertes sur l'extérieur. Certains enfants, parce qu'on les y a préparés, intégreront l'école ordinaire. Pas tous. Encore faut-il qu'il y ait des places : 15 000 classes spécialisées (Classe d'intégration scolaire - CLIS) ont été fermées en dix ans. 14 000 postes d'enseignants spécialisés supprimés dans les écoles en vingt ans. 20 000 places manquent en établissement spécialisé. 47 500 enfants restent dans leur famille, sans soins et sans aucune aide...

Le problème est politique : un enfant en Institut Spécialisé coûte dix fois plus cher qu'un enfant en classe ordinaire. Une classe d'intégration scolaire de 11 enfants est moins rentable qu'une classe de 26 ! Il faut choisir dans quelle société nous voulons vivre ! L'intégration obligatoire à l'école n'est pas une intégration pour ces enfants, mais un déni éducatif, un déni de soins. Une maltraitance. ■

« Nier la différence
au prétexte
d'égalité est lourd
de souffrances
pour les enfants,
les parents
et les
professionnels. »

« Tous les parents rêvent
d'un enfant normal,
en milieu ordinaire. »

Dé prescrire

Nicolas Prothon, médecin généraliste

Face à toutes les pressions dont il est l'objet, comment le médecin peut-il inverser la tendance en matière de prescription médicamenteuse ?

Le médecin prescripteur est souvent confronté à de multiples influences :

- Comme le médecin est avant tout un scientifique, les données de la science constituent le socle de la décision de prescrire ou de ne pas prescrire.
- Le patient qu'il a en face de lui a des besoins, mais aussi des désirs, des croyances qui vont peser sur la décision.
- Le médecin lui-même a emmagasiné de l'expérience ; il a également des croyances, et est influencé par ses émotions, ses doutes...
- L'influence des médias envers le patient et son médecin est importante (exemple des médicaments visant à cesser de fumer).
- L'industrie pharmaceutique sans cesse harcelant le médecin par la visite médicale, les formations professionnelles, les « cadeaux », investissant également les médias et les associations de patients, cette industrie est plus préoccupée de vendre et de faire du bénéfice que du bien-être du patient.
- Le facteur économique avec ses multiples paradoxes : consommer est « bien » (créer ou maintenir de l'emploi, croissance et PIB...), creuser le trou de la Sécu est « mal » (alourdir les charges sociales, favoriser la médecine à deux vitesses...) ¹.

Le médecin prescripteur est pris par le temps : il ne fait aucun doute que la ligne de prescription supplémentaire, le renouvellement d'un remède pourtant inutile ou dangereux est quasi instantané, alors que l'écoute, la négociation, la non ou la déprescription semble tellement aller à l'encontre du « rôle » du médecin désigné comme « prescripteur », pour des honoraires identiques, que celui-ci sera souvent amené à « laisser tomber », remettre à un plus tard hypothétique l'acte de déprescription.

Durant toutes ses études, ce professionnel apprend les symptômes des maladies, leur diagnostic et leurs traitements ; il apprend peu ou pas le patient, l'homme malade, les moyens de l'écouter, d'analyser une situation complexe. Pour nos grands professeurs de médecine, le malade est identifié par sa maladie ; il est, littéralement, découpé en organes qui ont des fonctions physico-chimiques déficientes lesquelles

peuvent se corriger par un remède chimique adapté.

Si cela est vrai dans certains cas (par exemple le diabète est corrigé par l'apport d'insuline), peu de remèdes ont démontré leur caractère indispensable pour le maintien de l'état de santé, l'amélioration de la qualité de la vie, la baisse de la mortalité.

En comparaison, un mode de vie plus sain est bien plus efficace que la prise quotidienne de certains remèdes. Ainsi, on peut parfois déprescrire un médicament pour faire baisser le cholestérol si le patient change ses habitudes alimentaires, ou bien un médicament « pour la mémoire » qui est inefficace et avantageusement remplacé par la lecture régulière et une vie sociale plus riche.

Un axiome affirme : « la compétence d'un médecin ne se juge pas à la longueur de ses ordonnances » ; cependant, la personne qui souffre veut un soulagement, rapide si possible. Le professionnel de santé se doit d'être efficace, rapidement efficace dans une société où le manque de performance est la plus grande tare qui atteint le travailleur.

Notre président montre l'exemple : toujours à la tâche, bougeant sans cesse, en éveil, intelligent, vif, sportif, il donne l'image de l'homme qui travaille, produit, sans qu'aucune fatigue ou maladie puisse l'affecter. Il n'est pas question d'évoquer le fait qu'il puisse être malade.

L'effet magique : la Médecine est une science, certes, mais, pour une grande partie de la population, le médecin est assimilé au guérisseur.

Il y a là un grand malentendu ; autant le médecin se juge professionnel à l'écoute, avec non un pouvoir, mais un devoir de soulagement et de guérison, s'il le peut ; autant le patient fait confiance au pouvoir de guérir, celui-ci étant synonyme de prescription.

Autrement dit, à force de persuasion, l'individu malade ou non malade a fini par croire au pouvoir de la Médecine, pouvoir identifié aux progrès technologiques, oubliant que la plupart des

« Le médecin a des croyances, il est influencé par ses émotions, ses doutes... »

.../...

.../... affections ont une évolution spontanée vers la guérison et ne nécessitent qu'un minimum d'examen et de traitements. Oubliant aussi que les symptômes physiques (douleurs, insomnie, angoisse, maldigestion) sont aussi des signes de malaises et de mal-être et ne se résolvent pas seulement à coup de médicaments.

Les patients se tournent vers des pratiques où l'on ne prescrit soit pas du tout (chiropracteurs, acupuncteurs, magnétiseurs, hypnothérapeutes, étioopathes, rebouteux...), soit des remèdes « naturels » (phytothérapeutes, naturopathes, homéopathes...).

Ces techniques de soins bénéficient de toute l'indulgence du patient/croyant, alors que la médecine classique est l'objet de nombreuses critiques.

À partir de ces constats, une forte pression va se produire sur le prescripteur et son patient : être malade est anormal, culpabilisant, déshonorant. Se sentir dans l'incapacité de guérir ou soulager est vécu par le médecin comme un échec professionnel. Le médecin prescripteur devient un mécanicien chargé de remettre en état le système : l'enfant doit aller à la crèche pour que ses parents puissent travailler, à l'école, pour qu'il ne

prenne pas de retard, l'adulte doit retourner produire, vite, la personne âgée ne pas se dégrader au risque de poser de multiples problèmes à son entourage familial ou institutionnel ².

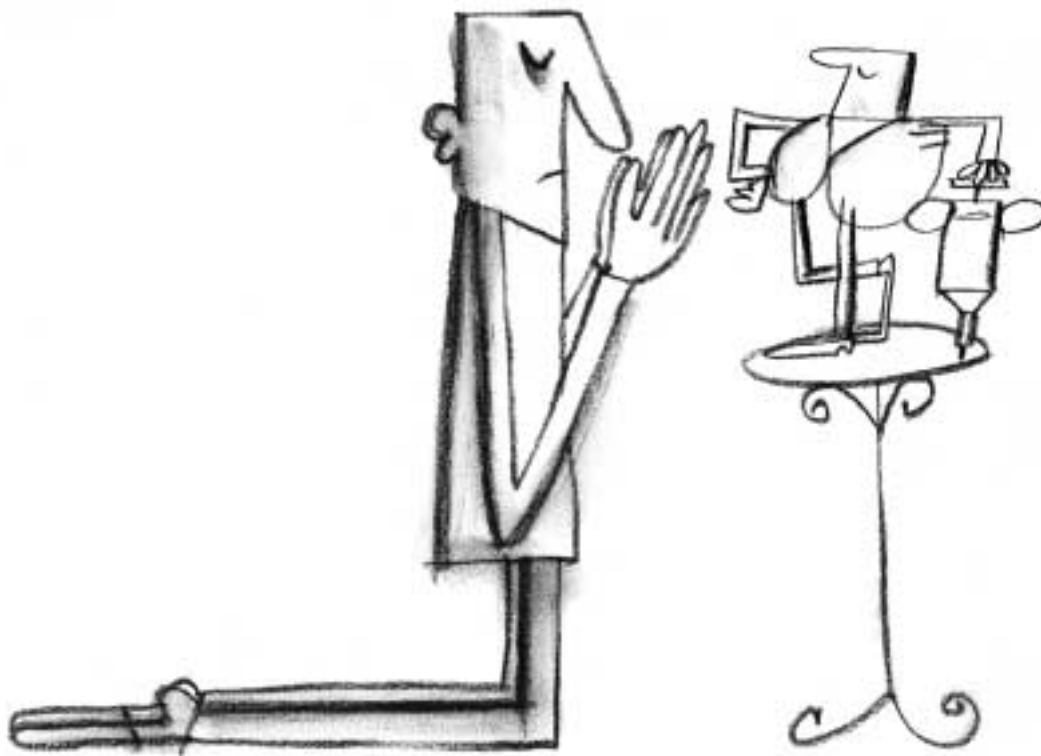
« L'industrie pharmaceutique harcèle le médecin. »

Le médecin est un technicien, son outil est un médicament ou une thérapeutique, un examen sanguin, radiologique, il lui faut prescrire, à tout prix.

Et pourtant, 10 000 personnes au moins mourraient chaque année d'accidents iatrogéniques ³, bien plus que les accidents de la route. Pour autant, incite-t-on vraiment à ne pas appuyer sur l'accélérateur de prescription ? Certes non, puisque l'évolution des dépenses en coût et en volume des médicaments est en augmentation constante.

Dé prescrire est non seulement citoyen, mais probablement un gain de vie et de santé pour beaucoup de patients ⁴. —

1. Christian Léonard, *Croissance contre santé*, éditions Couleur Livre.
2. Jérôme Gofette, *Naissance de l'anthropotechnie*, éditions Vrin
3. www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/losp/10_iatrogenie.pdf
4. www.insee.fr/fr/ffc/chifcle_fiche.asp?ref_id=NATFPS06302&tab_id=360



Dents de sagesse

L'extraction des dents de sagesse est réalisée de façon beaucoup trop fréquente, sans aucun avantage sanitaire et avec un coût important, aussi bien en termes de dépenses de santé qu'en termes d'incidents et d'accidents iatrogènes. C'est en tout cas le point de vue défendu avec force par Jay W. Friedman dans un article de l'*American Journal of Public Health*, septembre 2007, vol 97 n° 9 1554-1559 intitulé « The prophylactic extraction of third molars : a public health hazard ».

Chaque année, dix millions de dents de sagesse sont extraites chez cinq millions de personnes. Au moins les deux tiers de ces extractions sont injustifiées et cela constitue une « épidémie silencieuse de dégâts iatrogéniques » qui affecte plusieurs dizaines de milliers de personnes qui en souffriront toute leur vie durant.

L'auteur affirme que l'idée que les dents de sagesse puissent pousser les autres dents est une idée fautive, que beaucoup de petits incidents attribués aux dents de sagesse pourraient être évités par une bonne hygiène dentaire. Il estime que 50 à 175 000 personnes chaque année souffrent de paresthésies permanentes dues à l'ablation des dents de sagesse

Il note que l'« industrie de l'extraction des dents de sagesse » représente plusieurs milliards de dollars. Selon lui, les dents de sagesse du haut ne sont que rarement à l'origine de pathologies nécessitant leur ablation, alors que celles du bas peuvent l'être un peu plus souvent.

Et il conclut en disant que les dents de sagesse ne doivent pas être enlevées en dehors d'une condition pathologique avérée ou de problèmes particuliers.

Cette publication appelle plusieurs remarques et questions au lecteur :

1. Pensez-vous que beaucoup de dents de sagesse sont enlevées sans raison convaincante et donc sans intérêt sanitaire pour l'opéré ?
2. Connaissez-vous des gens qui, après extraction de dents de sagesse, ont présenté des troubles durables ou permanents ?
3. L'auteur Jay Friedman est un dentiste à la retraite et il publie dans une revue de santé publique. Une telle publication serait-elle possible émanant d'un praticien en activité et dans une revue de praticiens dentistes ou stomatologues, pédiatres et généralistes ? —

Surmortalité des enfants défavorisés

La mortalité chez les enfants de 1 à 14 ans aux États-Unis a diminué dans toutes les classes sociales entre les années 1969 et 2000. Mais la diminution a été plus marquée dans les classes les plus aisées, si bien que les différences entre les classes sociales se sont accentuées. C'est ce qu'expliquent G. Singh et M. Kogan dans un article intitulé « Widening socioeconomic disparities in US childhood mortality 1969-2000 » dans l'*American Journal of Public Health*, septembre 2007, vol 97 n° 9 1658-1665.

La surmortalité des classes les plus défavorisées s'observe aussi bien lorsque l'on mesure la mortalité globale que lorsqu'on envisage la mortalité liée aux malformations congénitales, aux accidents et aux homicides. Et l'écart s'est accentué entre 1969 et 2000 pour toutes les causes.

Quelques chiffres : en 1969-70, la surmortalité des de la classe la plus défavorisée par rapport à la plus favorisée était de 52 % pour la mortalité globale ; de 12 % pour les morts par malformations congénitales ; de 69 % pour les accidents et de 76 % pour les homicides. En 2000, les écarts étaient plus marqués : 86 % pour la mortalité globale ; 44 % pour

les morts par malformations congénitales ; 177 % pour les accidents et 159 % pour les homicides.

Ces grandes différences montrent qu'il serait possible d'améliorer considérablement la situation sanitaire des classes les moins favorisées. Les auteurs disent : « la mortalité pourrait diminuer d'un tiers et les morts par accidents et homicides diminuer de moitié si les classes les plus défavorisées avaient des taux de mortalité égaux à ceux des classes les plus favorisées. »

Les auteurs pensent que le système de sécurité sociale Medicaid qui a été mis en place en 1965 a joué un rôle pour diminuer la mortalité dans les classes les plus défavorisées. Si ce système n'avait pas existé, les disparités seraient vraisemblablement encore plus grandes.

Enfin, G. Singh et M. Kogan observent que la santé des adultes dépend beaucoup de ce qu'ils ont vécu dans l'enfance, et ces statistiques ne mesurent que les disparités jusqu'à 14 ans. Les effets sanitaires des mauvaises conditions sociales sont donc encore plus marqués que ce que donnent à voir ces statistiques. —



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Catherine Bonnet, *L'enfance muselée*, éditions Thomas Mols

L'enfance muselée, cet ouvrage aurait très bien pu se dénommer « le médecin muselé », Catherine Bonnet pédopsychiatre raconte comment elle a dû s'exiler en Angleterre pour pouvoir exercer pleinement son métier de pédopsychiatre. En 2007, la loi française ne permet toujours pas de signaler les maltraitances subies et décelées par un médecin : si le Code civil l'autorise, l'interprétation du Code de déontologie par le conseil de discipline de l'Ordre des médecins grâce à l'article 51 « l'immixtion dans la vie privée » permet toujours de sanctionner le praticien.

Elle décrit ce tribunal d'exception¹ où il n'y a pas de débats contradictoires, où seuls les parents agresseurs sont entendus et jamais les victimes, où les pièces importantes du « mémoire en défense » sont cachées, et celles de la partie adverse admises le jour de l'audience. Le lecteur apprendra comment une stratégie de défense est organisée pour protéger les éventuels maltraitants avec des plaintes souvent identiques : certificat de complaisance, aliénation parentale, fausses allégations, violation du secret professionnel, atteinte à l'honneur de la famille, manquement à l'honneur d'être médecin. Il lui est reproché des certificats et des signalements mal rédigés : il est interdit de « relier les symptômes aux causes », d'établir des diagnostics. Elle décrit les lois, leur manquement et leur contournement. Quand prendrons-nous exemple sur l'Angleterre, la Belgique, le Canada et même l'Italie ? L'ONU lui a été d'une aide incommensurable et interrogera en 2003 le CNOM² qui lui signifiera n'avoir plus sanctionné d'interdiction d'exercice des médecins pour des signalements de maltraitance. C'était oublier qu'il ne rend pas toujours publique leur décision³.

Non, Catherine Bonnet n'a pas fabulé : depuis 2002 je vis le même cauchemar étape après étape, y compris la scène d'agression dans l'enceinte du conseil régional de l'Ordre des médecins. Avoir seulement proposé qu'un enfant soit entendu par le juge des affaires familiales et suggéré une expertise pédopsychiatrique me vaudra un mois d'interdiction d'exercice dont deux semaines avec sursis, alors que la justice prendra des mesures en faveur de l'enfant. Les accusateurs se connaîtront-ils, y aurait-il une stratégie si organisée pour que je reconnaisse, dans cet ouvrage, des détails et les constatations cliniques identiques depuis juin 2002 ?

Ce livre s'adresse à tous ceux qui ne comprennent pas pourquoi la maltraitance n'est découverte qu'à un stade où un enfant est dans un état d'incurie indescriptible, voir au moment de son décès, mais aussi aux médecins qui pensent que certains sont condamnés parce qu'« ils ont mal faits », aux médecins qui ont été sanctionnés par l'Ordre pour avoir rédigé un certificat parce qu'ils ont perçu un mal-être chez un mineur. Pour que la parole de l'enfant soit entendue, pour que ces pratiques de l'Ordre cessent, généralistes, pédiatres, psychiatres nous devons nous solidariser et nos syndicats recueillir les témoignages de médecins sanctionnés. Après le conseil d'État qui ne souhaite pas juger au fond, qu'attendre de la Commission Européenne des Droits de l'Homme ?

Yvelyne Frilay

1. Au conseil régional de l'Ordre des médecins ne siège aucun magistrat

2. Conseil National de l'Ordre des Médecins

3. Février 2006, le CNOM est condamné par le Conseil d'État à rejurer le Dr Y. FRILAY pour ne pas avoir rendu publique la décision d'interdiction d'exercice.





Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

Organique et mental

— Catherine Malabou, *Les Nouveaux Blessés*, éditions Bayard

Catherine Malabou, philosophe, écrit ce livre à la suite de l'expérience traumatisante de l'Alzheimer de sa grand-mère. Quelqu'un, avec qui l'on a une relation affective forte et fondatrice, devient quelqu'un d'autre. Mais ce n'est pas un livre sur l'Alzheimer, c'est un livre sur ce devenir quelqu'un d'autre, et ce qu'il oblige à envisager d'un organique déterminant la vie psychique. À partir de là vont être pensés ce que Malabou appelle « les traumatismes contemporains », c'est-à-dire les formes de blessures et de dégradations organiques qui produisent non pas nécessairement de la perte, mais de la métamorphose en termes de subjectivité. Contemporains, parce qu'ils sont aussi liés aux nouvelles possibilités technologiques : de nouveaux moyens de blesser (par les transports ou par les armes) produisent de nouveaux types de blessures, et mettent en œuvre des modes d'autoréparation organique et de métamorphose mentale.

Cela ramène Malabou à une thématique qui est son sujet de fond depuis ses travaux sur la dialectique de Hegel : la question de la plasticité. Il est donc question ici de cette plasticité cérébrale, qui n'est pas seulement un mode d'autoréparation, mais en quelque sorte la matière même de l'existence mentale d'un sujet, la condition de sa capacité de penser et de s'identifier. Là où cette « cérébralité » organique est atteinte, le sujet s'efface ou se transforme : ce n'est pas seulement la mémoire qui est en cause, c'est l'identité, le fond même de ce qu'on appelle une conscience.

Cette affirmation va faire levier pour remettre en scène le débat entre psychanalyse et neurobiologie, dans lequel le neurobiologiste Jean-Pierre Changeux avait pris parti contre la psychanalyse en 1983, en écrivant *L'Homme neuronal*. Malabou reprend les thèses de Changeux, à la fois en critiquant la position de Freud, et en montrant que celle-ci n'est pas univoque. Et pour cela, elle se réfère à un texte de Freud paru après la guerre de 14, sur les traumatismes de guerre. Ceux-ci interrogent la psychanalyse, puisqu'ils

montrent des sujets mentalement transformés par une atteinte au corps, sur laquelle la démarche psychanalytique n'a aucune prise. Il ne s'agit pas de soigner la douleur psychique produite par le traumatisme, mais de dealer avec le nouveau sujet qu'il a fait apparaître.

Cet ouvrage pose de vraies questions, mais l'idéologie très organiciste qui le sous-tend ne questionne à aucun moment les effets mêmes de cet organicisme. Le film récent de Sandrine Bonnaire, *Elle s'appelle Sabine*, nous oblige à envisager tout autrement la question : la réduction de la plasticité mentale à des critères purement organiques n'a-t-elle pas pour première conséquence cet usage aveugle et systématisé des psychotropes et neuroleptiques qui, faisant taire un sujet pour le soigner, conduisent à le désobjectiver. Voir Sabine avachie et dépersonnalisée non par la maladie, mais par le traitement médical qu'on lui inflige, nous dit qu'il y a bien des cas où la plasticité mentale ne peut être vivifiée que par la parole.

Christiane Vollaire





— Roland Barthes, *Mythologies*, Points Seuil, 1970

« Je ne pourrais plus écrire de nouvelles mythologies », déclare Barthes en 1970, en introduction à cette publication de ses fameux textes publiés entre 1954 et 1956 dans différents journaux. La critique idéologique surgie après 68 rend vaine, estime-t-il, ces modestes analyses de situations ou d'objets liés au quotidien : les jouets, le steak, l'inondation de 1955, les vacances, les mariages princiers, le monde des gangsters au cinéma, celui des coureurs cyclistes ou des « usagers » de la grève.

Beaucoup de temps a passé depuis 68, l'esprit critique connaît une panne sévère, et relire ces textes vigoureux, cette écriture limpide, est un plaisir incroyable. Une leçon. Qu'est-ce qu'un mythe ? Une manière de voir qui tue l'esprit critique – dans les années cinquante, on n'en est pas aux débuts de la presse people et de la mystification générale. À lire, à relire, on prend en pleine figure l'actualité de ces textes écrits il y a plus de cinquante ans. Il y a cinquante ans comme aujourd'hui, un mythe, c'est « une prestidigitacion » : le réel est retourné, vidé d'histoire, d'humain, de sens. Tout ce que les médias fabriquent comme idées partagées sur tout et n'importe quoi est un projet politique dissimulé sous l'anecdotique. Barthes analyse l'union de Miss Europe 53 et de son ami d'enfance électricien comme une manière de fabriquer de la « chaumière heureuse », et se demande si la figure (déjà) si populaire de l'abbé Pierre n'est pas ce qui permet de substituer « des signes de la charité à la réalité de la justice ». Au moment où vacances et mariages princiers deviennent le fait des hommes politiques, où « l'usager » est plus que jamais présenté comme victime innocente des grévistes, ces textes ont quelque chose à nous dire. —

— Hannes Lammler, *Chickenflu OPERA*, L'esprit frappeur, 2007

Voir le site www.chickenflu.org

D'accord, la couverture est moche et le livre fait de bric et de broc. L'auteur est un militant de longue date, un des « historiques » du mouvement alternatif agricole Longo mai. À travers des histoires d'œufs, de poulets et de grippe aviaire, une grande leçon sur l'état actuel du capitalisme. En février 2007, le terrible virus H5N1 apparaît dans une ferme anglaise où l'on abat 160 000 dindes « infectées ». « Cette information, écrit Hannes Lammler, oublie de préciser que le paysan en question, Bernard Matthews, est le plus grand producteur de dindes industrielles d'Europe, et qu'il a également des filiales en Hongrie, où le virus H5N1 a sévi quelques semaines auparavant ». Aucun rapport, proclament les médias, en fidèles chambres d'enregistrement des opérations de communication des multinationales. La grippe aviaire a été l'occasion d'une panique organisée pour mieux vendre le remède, le Tamiflu®. L'attention du public a été détournée vers les oiseaux migrateurs alors que les trafics en tous genres des entreprises de production industrielle de volailles étaient la cause de l'épidémie. Elles vont réussir à imposer le confinement des animaux, mettant à mal les petits agriculteurs qui, partout dans le monde, pratiquent l'élevage en plein air.

Aujourd'hui, 95 % des ressources génétiques des poules pondeuses utilisées dans la production industrielle sont contrôlées par une seule multinationale. Les fonds d'investissements les plus prédateurs se jettent sur ces industries très profitables, de grandes recompositions sont en cours. —

Dominique Louise Pélegrin

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 ?
(épuisé) |
| N° 2 : La souffrance psychique
(épuisé) | 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
(prix 16,80€) | N° 22 : La santé, un enjeu public |
| N° 5 : La santé au travail | N° 16 : Les émotions dans le soin
(épuisé) | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu ! |
| N° 6 : Sexe et médecine | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu
(épuisé) | 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

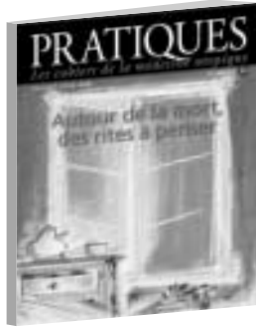
- | | |
|---|----------------------------------|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine | N° 30 : Les sens au cœur du soin |
| N° 29 : Réforme de la Sécu: guide pratique de la résistance | N° 31 : Justice et médecine |



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 €



N° 40 : Les brancardiers de la République

16 €

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

E-mail



Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici du numéro 41 de Pratiques.

Quelques conseils, pour vous en faciliter l'usage.

- Les articles sont indexés par mots clés. Ces mots clés figurent dans le sommaire-index, de la page 98. Cliquez sur l'icône « signet » de votre lecteur de pdf. Vous verrez apparaître en marge la mention « Sommaire-Index » page 98. En cliquant sur ce signet, vous êtes renvoyés au sommaire-index correspondant. Là, une fois choisi votre mot-clé, un simple clic sur le N° de page vous renvoie à l'article. Pour continuer d'explorer les articles suivants, laissez continuellement affichée sur la partie gauche de votre écran la liste des signets : vous pouvez ainsi commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement,
- Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : téléchargez un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.
- Un bon logiciel pour cet usage est "Split and Merge" dont il existe une version en français. Il vous permet aussi bien de fractionner à votre guise votre fichier que d'en fusionner les pages que vous désignerez.

Consultez le tutoriel <http://www.pdfsam.org/uploads/pdfsam-tuto-fr.pdf>

Vous y trouverez les liens de téléchargement page 4. Une fois le logiciel installé et ouvert, à Réglages, choisissez la langue (french).

Pour extraire un article :

- Choisir le Module Fusion
 - Cliquer sur Ajouter, et choisir le fichier pdf dont vous souhaitez extraire un article.
 - Choisir « Sélection de pages » parmi les onglets du menu, en haut, à droite.
 - Double-cliquer dans la case du dessous et indiquer les N° de page du début et de fin de l'article, séparés par un tiret.
 - Fichier à créer : Choisir un dossier et nommer votre fichier à extraire.
 - Décocher Remplacer le fichier existant
 - Cliquer sur Exécuter et retrouvez le fichier extrait dans le dossier que vous aurez choisi.
- Bonne lecture !

Sommaire Index N° 41

Mot-clé	Page						
		§Enfant, Périnatalité	26	§Inégalités, Exclusion sociale,	42	§Pratique médicale	26
§Accueil, ouverture, disponibilité	20		63		91		44
	25		66	§Infirmière, infirmier	33	§Prévention	78
§Adolescent, Jeune	66		67			§Psychanalyse	8
§Anthropologie	20		92	§Justice	36		93
§Assurance complémentaire	45	§Environnement, Pollution, santé environnementale	50		77	§Psychiatrie, santé mentale	77
	47		52		78		78
§Avortement, IVG	80		57	§Logement, Banlieue, Politique urbaine	22	§Réseau de soins	31
§Collectif	13		78				42
	13	§Femme, Condition féminine	15		42		44
	13				51	§Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire	47
	14		30	§Luttes sociales, contestation	50		75
	15		80			§Santé publique	50
	20				51		52
	21	§Formation initiale, Formation continue	13		57		57
	24		64	§Maisons de santé	21		81
	25		75		24		87
	30			§Maladies professionnelles, santé au travail	30		91
	34	§Franchises	45				94
	38		73		31	§Sida	30
	40	§Gouvernement, politique, démocratie	36		76	§Souffrance au travail	30
	42		40		76		52
	45		88	§Management, productivité, intéressement	33	§Syndicat	52
	47	§Handicap	21		34	§Transmission, transgénérationnelle	13
	51	§Hiérarchie, Rapports médecins infirmières	21		73		
	59		24		79	§Travail, Conditions de travail	74
§Communautaire	38	§Histoire	15	§Manipulation	52		76
§Communautaire	24		66	§Médecine du travail	31		79
§Comparaison internationale	24	§Hôpital, réforme hospitalière	33			§Usagers, associations d'usagers	23
	26		82	§Médicament, firmes pharmaceutiques	52		24
	80				59		26
§Corps, sensations	15	§Hospitalité	20		89		
§Dentiste	91	§Immigration, Sans papiers	36		94		
§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné	13		67				
	14	§Inégalités, Exclusion sociale,	15	§Mondialisation OMC	34		
	20		24	§Patient	23		
	22		25	§Pratique médicale	23		